

# ROLE SESTRY PŘI EDUKACI PACIENTEK PO OPERACI KARCINOMU PRSU

Bakalářská práce

*Studijní program:* B5341 - Ošetřovatelství  
*Studijní obor:* 5341R009 – Všeobecná sestra  
***Autor práce:*** Jaroslava Knapová  
*Vedoucí práce:* Mgr. Alena Pelcová





# THE NURSE'S ROLE IN EDUCATING PATIENTS AFTER BREAST CANCER SUGERY

Bachelor thesis

*Study programme:* B5341 - Nursing  
*Study branch:* 5341R009 - General Nurse

***Author:*** Jaroslava Knapová  
*Supervisor:* Mgr. Alena Pelcová



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: **2012/2013**

## ZADANÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Jaroslava Knapová

Osobní číslo: Z11000036

Studijní program: B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Název tématu: Role sestry při edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu

Zadávací katedra: Ústav zdravotnických studií

## Z á s a d y   p r o   v y p r a c o v á n í :

Cíle práce :

1. Zjistit, jakou formou a o čem edukují všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení pacientky po operaci karcinomu prsu.
2. Zjistit nejčastější faktory ovlivňující edukaci patientek po operaci karcinomu prsu ze strany edukující všeobecné sestry a ze strany patientek.
3. Zjistit informovanost patientek o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu před ukončením hospitalizace.

Teoretická východiska :

Dle prostudované dostupné literatury je karcinom prsu nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním žen. Chirurgická léčba, kterou je karcinom prsu ve většině případů zahajován, se skládá ze dvou operačních výkonů - na prsu a na regionálních místních uzlinách. Všechny operační výkony, tzn. na prsu i na regionálních místních uzlinách, představují pro pacientku specifická omezení v dalším životě. Všeobecná sestra pracující na chirurgickém oddělení vytváří u patientek po operaci karcinomu prsu mimo ošetrovatelského plánu, také plán edukační tak, aby došlo k uspokojení všech potřeb pacientky a byl plnohodnotně realizovaný holistický přístup. Edukace o režimových opatřeních do dalšího života po operaci karcinomu prsu představují souhrn organizačních opatření, které jsou zaměřeny na přípravu efektivní domácí péče po propuštění pacientky z chirurgického oddělení. Klíčovými oblastmi edukace jsou pohybový režim v pooperačním období, péče o operační ránu a jizvu, informace o nutnosti pokračování rehabilitace a o režimových opatřeních, které jsou prevencí otoku končetiny a zhoršení hybnosti, informace o možnosti nošení epitézy a rekonstrukci prsu, informace o onkologických občanských sdruženích.

Výstupem z bakalářské práce bude edukační standard, který vyspecifikuje výše zmíněné oblasti edukace. Edukační standard napomůže všeobecným sestrám lépe se orientovat v klíčovách oblastech edukace u patientek po operaci karcinomu prsu a eliminovat negativní faktory ovlivňující edukaci. Všeobecná sestra efektivní edukaci motivuje pacientky k dodržování režimových opatření po operaci karcinomu prsu, a tím podporuje pacientku k aktivní účasti na edukačním procesu.

Výzkumné otázky :

1. Co je obsahem edukace všeobecných sester pracujících na chirurgickém oddělení u patientek po operaci karcinomu prsu?
2. Jaká je nejčastější forma edukace všeobecných sester pracujících na chirurgickém oddělení u patientek po operaci karcinomu prsu?
3. Jaké jsou nejčastější faktory ovlivňující edukaci patientek po operaci karcinomu prsu z pohledu všeobecné sestry?
4. Jaké jsou nejčastější faktory ovlivňující edukaci patientek po operaci karcinomu prsu z pohledu pacientky?
5. Jsou pacientky před ukončením hospitalizace informovány o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu?

Metoda : Kvantitativní dotazníkové šetření.

Technika práce : Dotazník.

Vyhodnocení dat : Matematické a statistické zpracování.

Místo a čas realizace výzkumu :

Krajská nemocnice Liberec, a.s., chirurgické oddělení, prosinec 2013 - březen 2014. Nemocnice Jablonec nad Nisou,p.o., chirurgické oddělení, prosinec 2013 - březen 2014.


Vzorek :

Všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení Krajské nemocnice Liberec,a.s., Nemocnice Jablonec nad Nisou,p.o., min.50 sester. Patientky po operaci karcinomu prsu před propuštěním ze zdravotnického zařízení - Krajská nemocnice Liberec,a.s., Nemocnice Jablonec nad Nisou,p.o., min. 50 patientek.

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy: **50 - 70 stran**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**  
Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Alena Pelcová**  
Ustav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2013**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2014**

  
prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs  
rektor



  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

## Příloha zadání bakalářské práce

### Seznam odborné literatury:

1. ABRAHAMOVÁ, Jitka a kol. Co byste měli vědět o rakovině prsu. 1.vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2009. s.19-132. ISBN 978-80-247-3063-9.
2. COUFAL, Oldřich, Vuk FAIT a kol. Chirurgická léčba karcinomu prsu. 1.vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2011. s. 11-396. ISBN 978-80-247-3641-9.
3. CHOCEŇSKÁ, Eva, Heidi MÓCIKOVÁ, Kateřina DĚDEČKOVÁ, Průvodce pacienta onkologickou léčbou. 1.vyd. Praha: Forsapi, 2009, s.30-39. ISBN 978-80-87250-02-0.
4. JANÁČKOVÁ, Laura, Petr WEISS. Komunikace ve zdravotnické péči. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, s.11-88. ISBN 978-80-7367-477-9.
5. JURENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, 1.vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2010. s.16-71. ISBN 978-80-247-2171-2.
6. KUBEROVÁ, Helena. Didaktika ošetrovatelství, 1.vyd. Praha: Portál, 2010. s.21-240. ISBN 978-80-7367-684-1.
7. PAVLIŠTA, David a kol. Neinvazivní karcinomy prsu. 1.vyd. MAXDORF, 2008. S. 13-130. ISBN 978-80-7345-173-8.
8. POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 3.vyd. doplněné. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2010. s.9-58. ISBN 978-80-7013-542-2.
9. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetrovatelství v chirurgii II. 1.vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2010. s.261-271. ISBN 978-80-247-3130-8.
10. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry, 1.vyd. Praha: Nakladatelství Galén, 2012. s.23-47. ISBN 978-80-7262-845-2.
11. VORLÍČEK, Jiří. Klinická onkologie pro sestry. 2.vyd., přepracované a doplněné. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2012. s.70-88, 339-364. ISBN 978-80-247-3742-3.
12. CTR - AARC San Antonio Breast Cancer Symposium. 31st Annual San Antonio Breast Cancer Symposium, San Antonio, Texas, USA, 2008 Abstracts, s.85-87 (Sentinel Nodes 201-207)

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 11.4.2014

Podpis:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Kušper', is written over the 'Podpis:' label.

Poděkování:

Děkuji Mgr. Aleně Pelcové za vedení mé bakalářské práce, MUDr. Martě Holíkové a PhDr. Marcele Svěrákové za cenné rady, podněty a připomínky.



# **Anotace**

## **Anotace v českém jazyce**

Jméno a příjmení autora: Jaroslava Knapová

Instituce: Ústav zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci

Název práce: Role sestry při edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu

Vedoucí práce: Mgr. Alena Pelcová

Počet stran: 83

Počet příloh: 12

Rok obhajoby: 2014

Souhrn:

Bakalářská práce se věnuje problematice edukace pacientek po operaci karcinomu prsu všeobecnou sestrou na chirurgickém oddělení. Před propuštěním pacientky do domácího prostředí je pacientka edukovaná v oblasti rozpoznání komplikací, které se mohou po operaci karcinomu prsu objevit, pacientka umí pečovat o jizvu, zná pohybová cvičení a režimová opatření, která směřují k prevenci vzniku lymfedému. Pacientka je seznámena s možností pomoci psychologa a existencí patientských organizací sdružující onkologicky nemocné pacienty. Výzkumná část je vedena technikou kvantitativního výzkumu s použitím dotazníku pro všeobecné sestry a pacientky po operaci karcinomu prsu se zaměřením na zjištění formy a obsahu edukačního procesu a zjištění faktorů, které edukační proces negativně ovlivňují ze strany pacientky a všeobecné sestry. Výstupem bakalářské práce je návrh specializovaného edukačního plánu, který napomůže zkvalitnit edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu.

Klíčová slova: karcinom prsu, režimová opatření, komplikace, edukace, edukační proces, edukační plán.

## **Anotace v anglickém jazyce**

Name and surname: Jaroslava Knapová

Institution: Institut of Health Studies Technical university of Liberec

Title: The Nurse's role in educating patients after breast cancer surgery

Supervisor: Mgr. Alena Pelcová

Pages: 83

Appendix: 12

Year: 2014

Summary:

The bachelor thesis deals with the educational issue of education of patients after breast cancer surgery by nurse at the surgery department. Prior to discharge the patient to home environment is the patient educated in recognition of complications that may occur after breast cancer surgery. The patient is able to take care of the scar, knows the physical exercises and regime measures which are intended to prevent lymphedema. The patient is aware of the possibility of a psychologist help and existence of patient organizations associating with cancer patients. In the research part, technique of quantitative research is used by using a questionnaire for nurses and patients after breast cancer surgery, with a focus on finding the form and content of the educational process and the factors that negatively affect the educational process on the part of patients and nurses. The output of this bachelor thesis is to design specialized educational plan, which will help to improve the education of patients after breast cancer surgery.

Key words: breast cancer, regime measures, complications, education, educational process, educational plan.

## **Obsah**

- 1 Úvod
- 2 Teoretická část
  - 2.1 Karcinom prsu
    - 2.1.1 Epidemiologie karcinomu prsu
    - 2.1.2 Etiopatogeneze a rizikové faktory karcinomu prsu
    - 2.1.3 Patologie karcinomu prsu
    - 2.1.4 Staging a fading karcinomu prsu
    - 2.1.5 Diagnostika karcinomu prsu
    - 2.1.6 Léčba karcinomu prsu
    - 2.1.7 Komplikace karcinomu prsu
    - 2.1.8 Ošetrovatelská péče po operaci karcinomu prsu
    - 2.1.9 Prevence karcinomu prsu
    - 2.1.10 Prognóza karcinomu prsu
  - 2.2 Edukace pacientky po operaci karcinomu prsu
    - 2.2.1 Proces edukace
    - 2.2.2 Role sestry v edukačním procesu
    - 2.2.3 Metody a formy edukace
    - 2.2.4 Faktory ovlivňující edukaci
    - 2.2.5 Edukační proces pro pacientky po operaci karcinomu prsu
    - 2.2.6 Edukační standard
- 3 Výzkumná část
  - 3.1 Cíle práce a hypotézy
  - 3.2 Metodika výzkumu
  - 3.3 Charakteristika výzkumného vzorku
  - 3.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza
- 4 Diskuze
- 5 Návrh doporučení pro praxi
- 6 Závěr
- 7 Seznam bibliografických citací
- 8 Seznam příloh

## Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnické informatiky a statistiky České republiky
BRCA	geny BReast CAncer
PgR	progesteronové receptory
ER	estrogenové receptory
P53	protein chránící buňky před genetickými poruchami
Ki 67	mitotický index
TNM	mezinárodní klasifikace zhoubných nádorů
Ca 15 – 3	marker diferenciačního typu
CEA	karcinoembryonální antigen
TPS	tkáňový polypeptidický specifický antigen
SNB	biopsie sentinelové uzliny
HER – 2/ neu	transmembránový receptor
ARCUS SOP	Činnost a provoz sdružení onkologických pacientů
CD	compact disc
DVD	digital video disc
BMI	body mass index
KNL, a.s.	Krajská nemocnice Liberec, akciová společnost

# 1 Úvod

Karcinom prsu je nejčastější nádorové onemocnění žen v České republice (dále jen ČR). Vysoký výskyt nádorového onemocnění prsu v populaci, zařazuje problematiku onemocnění karcinom prsu mezi celospolečenský problém. „*Celoživotní riziko vzniku karcinomu prsu u běžné ženy v naší populaci se pohybuje okolo 8-10%.*“ (Coufal, 2011, str. 337). Na celém světě, stejně jako u nás, se četnost onemocnění zvyšuje s věkem, nejprudší nárůst je po 50. roce věku. Před 20. rokem je výskyt onemocnění velmi vzácný, incidence do věkového rozmezí 40-44 let začíná být patrná. Mezi významné zevní faktory prostředí můžeme považovat vyspělost zemí. „*Nejvyšší výskyt je ve vyspělých zemích Evropy a Ameriky. V Evropě se incidence snižuje od severu k jihu a od západu k východu.*“ (Vorlíček, 2012, s. 343; Časový vývoj hrubé incidence a mortality, Věková struktura pacientů, Zastoupení klinických stadií v čase - viz. příloha č. 1, 2, 3).

Edukace pacienta je dnes již nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Před zahájením léčby a v jejím průběhu potřebuje onkologicky nemocný pacient získat informace o rozsahu nemoci, dostupné léčbě, komplikacích, pravděpodobnosti vyléčení a informace o návratu do normálního života. Tyto informace mu pomohou překonat velmi vážné a náročné období. Hlavním cílem edukace se stává edukovaný pacient zbavený předsudků, strachu a úzkosti s aktivním přístupem k prevenci a léčbě nemoci (Škrla, 2003).

Názvem mé bakalářské práce je „Role sestry při edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu“. Teoretická část je zaměřena na problematiku onemocnění karcinomu prsu a edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu. Výzkumná část se zabývá průzkumem obsahu a formy edukace pacientek po operaci karcinomu prsu, kterou provádí všeobecné sestry na chirurgických odděleních, vyhodnocuje faktory, které edukaci ovlivňují, jak ze strany všeobecných sester, tak ze strany pacientek. Dále se zaměřuje na obsahovou stránku edukačního procesu, který by měl být sestaven tak, aby pacientka ve zdravotnickém zařízení získala veškeré informace potřebné ke zvládnutí situace v domácím prostředí (Juřeníková, 2010).

## **2 Teoretická část**

Teoretická část je rozdělena do dvou celků. V první části bude nastíněna problematika karcinomu prsu, jeho epidemiologie, etiopatogeneze a rizikové faktory, patologie onemocnění včetně mezinárodní klasifikace, diagnostické možnosti, léčba a její komplikace, ošetrovatelská péče po operaci a v závěru prevence a prognóza onemocnění. Druhá část se zabývá edukací pacientky po operaci karcinomu prsu, přibližuje proces edukace, roli sestry v edukačním procesu, metody a formy edukace, zaměřuje se na faktory ovlivňující proces edukace a v závěru je sestaven edukační proces pro pacientky po operaci karcinomu prsu.

### **2.1 Karcinom prsu**

Karcinom prsu je nádorové onemocnění, které ročně postihne v ČR asi 6000 žen. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů je karcinom prsu zařazen pod kód C50 Zhoubný novotvar prsu. Podrobnější diagnózy jsou, dle lokalizace na prsu, označeny kódy C500 až C509, nejčastěji se setkáváme s diagnózou C504 – Horní zevní kvadrant (Ústav zdravotnické informatiky a statistiky ČR, dále jen ÚZIS ČR, 2012).

Důkazy o onemocnění najdeme již v egyptských papyrech z období 3000 let před naším letopočtem, kde je choroba poprvé zmíněna, dále se chorobou v historii zabýval i Hippokrates a Galén. Od počátku 19. století zájem směřoval k charakteristice onemocnění a účinné léčbě, která byla ve 20. století pojata komplexně. Spolu s kompletní léčbou přicházely snahy o včasné rozpoznání nemoci, které v dnešní době známe v podobě screeningových programů (Abrahámová, 2009).

#### **2.1.1 Epidemiologie karcinomu prsu**

V ČR se řadí karcinom prsu na 26. místo ve srovnání s ostatními světovými zeměmi ve výskytu onemocnění karcinomu prsu. Na prvním místě je Belgie a druhou příčku obsadilo Dánsko. V roce 2010 byla v ČR incidence nádoru prsu 6 955 onemocnění (v roce 2009 to bylo 6 381 onemocnění). Mortalita v roce 2010 byla 1842 (v roce 2009 dosáhla na 1911 osob). V Libereckém kraji byla v roce 2010 incidence nádoru prsu 315 osob, mortalita 86 osob. V posledních letech zlepšil prognózu pacientek posun v diagnostických a terapeutických možnostech. Léčit s větším úspěchem a dosáhnout

trvalého vyléčení nebo dlouhodobé remise lze u většiny pacientek, které přicházejí v časném stádiu onemocnění. Na druhou stranu část pacientek přichází k lékaři pozdě a úspěchy léčby pokročilého onemocnění jsou podstatně menší (Tuček, 2012; ÚZIS ČR, 2010).

### **2.1.2 Etiopatogeneze a rizikové faktory karcinomu prsu**

Etiopatogeneze karcinomu prsu není zcela jasná, ale existují rizikové faktory, hlavní a vedlejší, které pravděpodobnost onemocnění zvyšují a souvisejí se vznikem nemoci.

Mezi hlavní rizikové faktory patří:

- Věk – se stoupajícím věkem riziko narůstá.
- Dědičnost – pozitivní rodinná anamnéza s ev. průkazem genetických mutací Breast Cancer (dále jen BRCA), nejvíce studované jsou mutace BRCA 1 a 2, nositelky mutace BRCA 1 jsou vystaveny vysokému riziku výskytu karcinomu prsu již v mladém věku, mutace BRCA 2 je spojována s vyšší vnímavostí k vývoji karcinomu prsu (Klener, 2002).
- Výskyt premaligních lézí - premaligní léze lze rozdělit do tří skupin podle rizikovosti. Zcela benigní léze jako např.: lipom, fibroadenom, fibrocystická nemoc představují minimální riziko. Mírné riziko představuje papilom či mnohočetná papilomatóza, kdy je na zvážení zkrácení intervalu mezi screeningovými mamografiemi ev. zařazení ultrasonografie. Podstatné riziko představují proliferativní léze s atypii např.: atypická duktální nebo lobulární hyperplazie. Doporučuje se zkrátit intervaly mezi mamografiemi, zařadit ultrasonografii a zdůraznit vhodnost samovyšetřování (Pavlišta, 2008).
- Výskyt samotného karcinomu prsu – spojení s rizikem lokální recidivy a postižení prsu na druhé straně, riziko je přibližně dvojnásobné.

Hlavní rizikové faktory nelze ovlivnit, na rozdíl od vedlejších rizikových faktorů, mezi které řadíme:

- Působení hormonů – především delší expozici estrogenů, to znamená výskyt první menstruace před 12. rokem věku, nástup menopauzy po 55. roce věku, dlouholeté užívání substituční léčby estrogeny.
- Obezita, dietní faktory – zvýšené užívání alkoholu a tuků spolu s nedostatkem pohybu.
- Vlivy zevního prostředí – zvláště pak ionizující záření před 40. rokem života.

### 2.1.3 Patologie karcinomu prsu

V patologii karcinomu prsu je kladen důraz na biologické chování léze, zda se jedná o benigní či maligní chování, a na rozsah léze. Maligní nádor vzniká v důsledku nekontrolovatelného růstu a množení abnormálních buněk v prsní žláze. Pod vlivem karcinogenu vznikají nevratné změny v genetickém materiálu buňky (fáze iniciace) a z takto změněné buňky vzniká vlivem dalších faktorů buňka nádorová (fáze promoce a proliferace). Buňky se nejdříve drží v mezích bazální membrány mlékovodu nebo lalůčku, během dalšího vývoje a dělení pronikají bazální membránou a šíří se lymfatickou a krevní cestou do okolí (fáze diseminace). Zdravé buňky se také množí a vyvíjejí, ale nikoliv nahodilým, neomezeným způsobem, jako je tomu u zhoubných nádorových buněk. Právě tato jejich schopnost trvalého dělení a rozšiřování do jiných částí těla představuje maligní chování.

Karcinom prsu se dělí na neinvazivní a invazivní. Neinvazivní formy jsou označovány jako karcinom in situ. Karcinom in situ postihuje okolní vývody, kde dochází k vypadávaní vápníku a takto limitované oblasti vykazují přítomnosti dystrofických buněk, nebo přímo nekrózy. „*Pokud některý z transformovaných buněčných klonů léze in situ získá schopnost infiltrovat stroma, vzniká invazivní karcinom*“ (Coufal, 2011, s. 50).

Neinvazivní karcinom (karcinom neschopný přejít přes bazální membránu epitelu) můžeme rozlišit na:

- duktální karcinom in situ – vychází z epiteliálních buněk ductů, je lépe zachytitelný díky přítomnosti dystrofických buněk, nebo přímo nekrózy,
- lobulární karcinom in situ – vychází z epiteliálních buněk mamárních lobulů, má nehmátné léze.

Invazivní karcinom se dělí na:

- duktální invazivní karcinom – vychází z epiteliálních buněk ductů, je nejčastějším vyskytujícím se typem,
- lobulární invazivní karcinom – vychází z buněk mamárních lobulů, je méně častý.

Podtypy invazivního karcinomu jsou karcinomy speciálního typu:

- Pagetův karcinom,
- karcinomy sekreторické postihující především prepubertální pacientky,
- karcinom s dlaždicovou metaplazií (Abrahámová, 2009).

Všechny nádory prsu se dále dovyšetřují na patologii imunohistochemicky.



Stanovuje se přítomnost:

- estrogenových receptorů (dále jen ER) nebo progesteronových receptorů (dále jen PgR), 60 – 70 % je pozitivních a je označováno jako nádor ER+, význam tohoto vyšetření má vliv na volbu léčebného postupu,
- genu HER-2/neu, který je pozitivní pouze u 15 % pacientek a predikuje léčbu Trastuzumabem (zástupce biologické léčby),
- proteinu P53 a mitotického indexu Ki 67, které jsou prognostickým faktorem (Ryška, 2010).

#### **2.1.4 Staging a grading karcinomu prsu**

Rozsah onemocnění (v praxi se vžil termín staging) určuje klinické vyšetření, zobrazovací metody a morfologie. Klinické vyšetření provádí převážně gynekologové a praktičtí lékaři při pravidelných prohlídkách. Vyšetření prsů se také provádí u žen hospitalizovaných z jiných příčin. Na základě rozsahu onemocnění, který se určuje podle mezinárodní klasifikace zhoubných novotvarů TNM (TNM označuje tumor, nodus a metastasis, dále jen TNM), závisí rozsah léčby a prognóza onemocnění. Jelikož se jedná o mezinárodní klasifikaci, umožňuje určit univerzální a jednoznačnou diagnózu a komunikaci. Jako výchozí charakteristika onemocnění je definován klinický staging před léčbou na základě klinického vyšetření a ultrasonografie, popř. mamografie, zpřesnění přináší patologický staging na základě histopatologického vyšetření a posledním je hodnocení po aplikaci jakékoliv léčby.

TNM zahrnuje posouzení primárního nádoru, posouzení stavu regionálních uzlin a klinické vyšetření vč. diagnostických vyšetřovacích metod k potvrzení či vyloučení vzdálených metastáz. Velikost primárního nádoru vychází z palpačního vyšetření, které je doplněno zobrazovacími metodami, nález je možno doplnit vyšetřením speciálními technikami (např.: duktografie, biopsie). Stupeň pokročilosti primárního nádoru je hodnocen TX, T0, Tis, T1 – T4. Stav regionálních uzlin, tzn. stejnostranných uzlin je hodnocen kategoriemi NX, N0 – N3. Hodnotí se velikost uzliny a vztah k okolí, jejich pohyblivost a fixace. Přítomnost vzdálených metastáz nejčastěji v plicích, kostech, játrech a mozku se označuje M1, pokud nejsou vzdálené metastázy přítomny – M0 a pokud vzdálené metastázy nelze hodnotit, klasifikuje se označením MX (Coufal, 2011; Klasifikace rozsahu karcinomu prsu dle TNM – viz příloha č. 4)

*„Stupeň diferenciacie neboli grading určuje morfológickú podobnosť nádoru s materskou tkaní. Čím mene sa nádorové buňky podobajú výchozí tkáni, tím horší (zhoubnejší) jsou biologické vlastnosti nádoru“ (Vorlíček, 2012, s. 56). Uvádajú sa tri klasifikační stupne, grade 1, grade 2 a grade 3, kedy čím vyšší je stupeň diferenciacie, tím horší je biologická povaha nádoru (Vorlíček, 2012).*

## **2.1.5 Diagnostika karcinomu prsu**

Podezrení na karcinom prsu môže vzniknúť na podnet príznakov, ktoré:

- udáva pacientka, po samovyšetrení prsu
- na základe klinického vyšetrení, provedeného gynekologem či praktickým lekárom pri pravidelných prohlídkách
- na podklade výsledku zobrazovacího vyšetrení u pacientky bez príznakov. (Základní diagnostický algoritmus u léze podezřelé z karcinomu prsu - viz příloha č. 5)

Mezi diagnostické zobrazovací metody, které využíváme při podezření na možnost výskytu karcinomu prsu, patří:

- mammografie,
- ultrasonografie,
- magnetická resonance.

Mammografii rozlišujeme jako:

- screeningové vyšetření, které je součástí prevence odhalování časných nehmavných nádorových stádií,
- diagnostické vyšetření, které slouží pro ženy s patologickým nálezem prsu.

Mammografie detekuje mikrokalcifikace, které mohou být známkou karcinomu in situ a nelze je odhalit ultrasonografií a magnetickou rezonancí.

Ultrasonografie nezatěžuje pacientku zářením, je nebolestivá a vhodná pro pacientky do 40 let. Velmi však záleží na zkušenosti vyšetřujícího lékaře. Často se využívá k potvrzení, vyloučení a zhodnocení charakteru ložiska, lokalizaci nehmavných lézí a navigaci před funkční biopsií. Významné je vyšetření axilárních uzlin.

Magnetická resonance se indikuje ve speciálních případech, vyšetření je nákladné a k dosažení výsledků je vhodné použití kontrastní látky. Používá se k ozřejmení poměrů v páteřním kanálu a v zadní jámě lební při nejednoznačném nálezu na skeletu.

Pro vyloučení či potvrzení vzdálených metastáz karcinomu prsu využíváme tyto standardní metody:

- rentgenový snímek hrudníku,
- scintigrafie skeletu,
- ultrasonografie břicha.

Při patologickém nálezů je indikováno vyšetření počítačová tomografie nebo pozitronová emisní tomografie.

K dokreslení diagnózy a k monitoraci léčby slouží laboratorní vyšetření:

- biochemické - v séru pacientek zjišťujeme nádorové markery - nejdůležitější jsou základní markery Ca 15-3 a CEA, dalším markerem je tkáňový polypeptidický specifický antigen TPS,

Chirurgické diagnostické postupy:

- označení ložiska pro chirurgický výkon - označení ložiska se provádí buď označením místa, kam se tumor projikuje na kůži barvou nebo invazivně napíchnutím tumoru tenkým drátkem,
- punkce silnou jehlou - histologická diagnostika se provádí punkcí silnou jehlou – tru cut biopsy, core biopsy, většinou tam, kdy plánujeme předoperační chemoterapii,
- operační biopsie – je nejbezpečnějším diagnostickým postupem, provádí se extirpace celého nádoru (Skovajsová, 2010; Coufal, 2011).

#### **2.1.6 Léčba karcinomu prsu**

Karcinom prsu se řadí mezi systémová onemocnění a v dnešní terapii se uplatňují jako první ve většině případů chirurgická operativní řešení, která mohou být před operací doplněna léčebnými metodami neadjuvantními a po operaci léčebnými metodami adjuvantními, podrobněji specifikované v podkapitolách.

Léčebná strategie závisí na předléčebném stagingu, dělí se na:

- lokalizované onemocnění – karcinom prsu bez detekovaných vzdálených metastáz (klinická stadia I – III) s cílem vyléčit kurativní léčbou,
- metastatické onemocnění, kdy jsou zjištěny vzdálené metastázy a prostřednictvím paliativní léčby se snažíme pozastavit či omezit růst a šíření nádoru a prodloužit přežití (Klener, 2002).

- Chirurgická léčba karcinomu prsu

Prvním krokem v léčbě většiny nádorů prsu je operativní řešení, které je doplňováno ostatními metodami. Součástí chirurgické léčby lokalizovaného karcinomu prsu je:

- operační výkon na prsu – parciální mastektomii, kdy je odstraněna část prsu, ale prs je zachován nebo totální mastektomie, kdy je odejmut celý prs,
- operační výkon na regionálních mízních uzlinách – biopsie sentinelové uzliny (dále jen SNB) a disekce axily.

Situaci lze dobře specifikovat na názorném schématu (Základní algoritmus chirurgické léčby karcinomu prsu – viz příloha č. 6). Je ale nutné si uvědomit, že strategie chirurgické léčby je vždy vedena individuálně, se snahou o nejlepší přínosné řešení pro pacientku.

Cílem operačního výkonu na prsu je:

- odstranit nádorové ložisko,
- získat neporušený materiál pro histopatologické vyšetření nádoru,
- dosáhnout příznivého kosmetického efektu.

Cílem operace na regionálních místních uzlinách je:

- poskytnutí odstraněné tkáně uzlin pro histopatologické vyšetření, rozsahem postižení uzlin je dána prognóza pacientky a agresivita adjuvantní léčby a v případě prokazatelných metastáz odstranění axilárních uzlin (Coufal, 2011; Kang, 2008).

- Neoadjuvantní léčba karcinomu prsu

Neoadjuvantní léčba neboli léčba před operací – především chemoterapie (podávání cytostatik) – může vést ke zmenšení nebo dokonce k vymizení nádoru. Zmenšení nádoru nebo uzlinových metastáz přináší snadnější chirurgický výkon, ev. výkon menšího rozsahu. Jednoznačnou indikací je inflamatorní karcinom (vzácný agresivní erysipeloidní forma invazivního karcinomu, v době diagnózy má již většinou metastázy v uzlinách). Podstatně pomaleji nastupuje účinek hormonální léčby trvající minimálně 3 měsíce, která se používá u pacientek ve vyšším věku s lokálně pokročilými nádory, pokud mají pozitivní steroidní receptory. Po 2 – 6 týdnech lze plánovat chirurgický výkon v rozsahu dle výsledku léčebné odpovědi (Coufal, 2011).

- Adjuvantní léčba karcinomu prsu

Adjuvantní léčba je léčbou zajišťovací. Po operaci má za cíl snížit riziko návratu onemocnění v lokálně-regionální oblasti a ve vzdálených orgánech.

Adjuvantní terapii lze rozdělit na:

- Radioterapii - „*Prakticky všechny pacientky s invazivním karcinomem prsu po parciální mastektomii absolvují adjuvantní radioterapii v trvání 5 – 7 týdnů.*“ (Coufal, 2011, s. 117)
- Chemoterapii – podávání cytostatik, u pacientek s negativními steroidními receptory se doporučuje adjuvantní chemoterapie, která trvá 4 – 6 měsíců (4 – 8 cyklů intravenózní léčby v 3týdeních intervalech). Pokud pacientky nemají pooperační komplikace, chemoterapii zahajují 4 – 6 týdnů po operaci.
- Hormonální léčbu - podávání tamoxifenu.

*„Antiestrogeny brání vazbě estrogenů na specifické receptory. K léčbě karcinomu prsu po menopauze se nejčastěji používá nesteroidní látka tamoxifen, který má také částečně zachovanou agonistickou aktivitu, ta zvyšuje denzitu kostní tkáně a snižuje hladinu cholesterolu a fibrinogenu týdnů.*“ (Hynie, 2001, s. 371)

Po dobu 5 let se většinou nasazuje po ukončení adjuvantní chemoterapie u nádorů s pozitivními steroidními receptory.

- Biologická léčbu – tato léčba je cílená, je zaměřena pouze na nádorové buňky. Do biologické léčby karcinomu prsu v současnosti spadají tyto léky: Trastuzumab, Bivacizumab, který se podává u HER-negativních pacientek, Pertuzumab a další. „*Trastuzumab (HERCEPTIN) je monoklonální protilátka namířená proti extracelulární doméně receptoru HER-2*“ (Hynie, 2001, s. 372). Je indikován pacientkám, u kterých je prokázána HER pozitivita nádoru. Podává se infúzemi po ukončení chemoterapie po dobu jednoho roku v třítydenních intervalech. Tato léčba je velmi nákladná (Abrahámová, 2009; Chocenská, 2009).

### **2.1.7 Komplikace karcinomu prsu**

Léčebné postupy mají pokud možno co nejlépe karcinom prsu odstranit, potlačit vývoj, zamezit recidivě a šíření do okolí. Snášenlivost léčby je vysoce individuální a někteří pacienti jsou zcela bez komplikací. Před zahájením léčby je třeba o problémech spojených s léčbou diskutovat, a pokud se vedlejší léčebné účinky objeví, lze jim čelit nebo je prevencí zmírnit (Abrahámová, 2009).

Pooperační komplikace se mohou objevit časně nebo s odstupem. (Klener, 2002).

Mezi časné pooperační komplikace patří:

- Serom

*„Jako serom označujeme nahromadění ranné tekutiny v operační ráně“* (Coufal, 2011, s. 239). Serom se objevuje po operačních výkonech na prsu i uzlinách, může se spontánně vstřebat, riziko nastává v případě sekundární infekce s tvorbou abscesu. Pacientka pociťuje tlakové obtíže v prsu, rána je často vyklenutá a při palpačním vyšetření je patrná fluktuace. Pokud by došlo k zanedbání, může se vytvořit hnisavé ložisko – absces. Serom se může postupně spontánně resorbovat nebo jednorázově punktovat.

- Ranná infekce

Ranná infekce se projevuje zarudnutím v okolí rány spojeným se sekrecí z rány, která je buď hnisavá či zkalená, sekret se může v ráně hromadit a působit tlak, přidružují se bolestivost, teplota.

- Hematom

Hematom vzniká drobným krvácením, které vede k tvorbě plošných krevních podlitin, které jsou prosáklé a viditelně promodralé, tlak krevních sraženin působí bolest, pacientka může pociťovat elastické, někdy až tuhé vyklenutí operační rány. Ránu je nutné pravidelně kontrolovat.

Mezi pozdní pooperační komplikace patří:

- Postmastektomický bolestivý syndrom

*„4 – 10 % žen, které se podrobily operaci prsu (od lumpektomie až po radikální mastektomii), je v nebezpečí vývoje tohoto bolestivého syndromu“* (Abrahámová, 2009, s. 98). Časový nástup příznaků je různý, od několika dnů po týdny, pacientky pociťují bolest jako stah a pálení v okolí operační jizvy, v podpaždí a zadní partii paže. *„Pacientky si stěžují na pocit mrtvění a pocit cizí tkáně v okolí jizvy.“* (Vorlíček, 2012, s. 358) Postiženou stranu se snaží šetřit a často se zde následkem špatného držení končetiny rozvíjí syndrom zmrzlého ramene (frozen shoulder). Bolest může být způsobena zjizvenatěním pojivové tkáně v oblasti pažního pletence a druhotným poškozením nervově-cévního svazku, častá je spojitost s otokem paže – lymfedémem. Účinnou prevencí je včasné zahájení cvičení a jemná masáž jizvy (Vorlíček, 2012).

- Lymfedém

Lymfatický otok (lymfedém) je způsoben poruchou odtoku tkáňového moku z ucpaných či poškozených lymfatických cest, nejčastěji v důsledku operace, a proto

hovoříme o sekundárním lymfedému. Může se projevit prakticky kdekoliv na těle, ale nejčastěji postihuje horní končetiny.

Rozeznáváme 3 stadia:

- v první fázi je otok nenápadný, nebolestivý, měkký,
- v pozdějších fázích je kůže tuhá, důlek, který vtlačíme prstem na paži, se okamžitě vyrovná,
- později se otok stává bolestivým a může dorůst až do velkých rozměrů, typický je pocit „ malého kabátu nebo malé kůže “ v oblasti paže, bolest, únavnost a omezení hybnosti a zhoršená možnost psaní. Potíže se mohou přechodně zlepšovat či zhoršovat v závislosti na fyzické aktivitě.

Dlouhodobý neléčený lymfedém se postupně projevuje suchou, bledou a chladnou kůží, která ztrácí ochlupení a je náchylnější k bakteriálním infekcím měkkých tkání – erysipelu. Každou známku otoku je třeba hlásit lékaři, kontrolou je měření obvodu paže krejčovským metrem (zvětšení objemu paže již o 1cm je varovným příznakem). Jelikož lymfedém nemusí vzniknout hned po operaci, ale s odstupem, je důležité pacientky po operaci prsu informovat, jak riziko jeho vzniku zmírnit. Léčba již rozvinutého lymfatického otoku je dlouhodobá a trvalá (Coufal, 2011; Klener, 2002).

### **2.1.8 Ošetrovatelská péče po operaci karcinomu prsu**

Při poskytování ošetrovatelské péče se všeobecná sestra řídí zásadami ošetrovatelského procesu, zajišťuje komplexní péči tak, aby byly uspokojeny potřeby pacientky s ohledem na holistické pojetí člověka.

#### **• Pooperační péče**

Pacientka po operaci karcinomu prsu – výkonu na prsu a výkonu na regionálních místních uzlinách (biopsii sentinelové uzliny nebo disekci axily) je z operačního sálu předána všeobecné sestře na standardní chirurgické oddělení.

Všeobecná sestra:

- kontroluje operační ránu,
- pečuje o Redonův drén – sleduje, co odvádí, množství a funkčnost,
- monitoruje fyziologické funkce,
- monitoruje diurézu po operačním výkonu,
- sleduje hladinu bolesti, podává analgetika dle ordinace lékaře,
- dbá o dostatečnou hydrataci pacientky,
- zajistí elevaci horní končetiny,

- provádí prevenci trombembolické nemoci,
- při ošetřování invazivních vstupů postupuje asepticky,
- veškeré změny stavu pacientky zaznamenává a hlásí lékaři.

Po operaci prsu není nutné dodržovat zvláštní dietu, ale je vhodné dodržovat obecné zásady zdravé výživy. Vše je zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace – plán ošetřovatelské péče, zvolené intervence vedoucí ke splnění cíle (Slezáková, 2010).

- **Péče o jizvu a pohybový režim**

Operační rána je překryta z operačního sálu a je z ní vyveden Redonův drén. Převaz operační rány se provádí 2. - 3. pooperační den a podle množství odpadu v Redonově drénu se vytahuje i drén. Krytí se poté sestává jen ze stripů a sterilního krytí. Pacientka do vyndání stehů, tj. do 10. - 12. dne, po operaci provádí hygienu mimo operační rány. Pokud se neobjeví komplikace, je pacientka propuštěna po SNB asi 4. pooperační den, po disekci axily mezi 6. - 12. pooperačním dnem. Po odstranění stehů pacientka provádí jemnou masáž k uvolnění měkkých tkání tzv.: měkké techniky, které napomohou k uvolnění napětí tkání v oblasti jizvy. Pohybový režim a rehabilitace by měla začít co nejdříve po operačním zákroku s cílem obnovit normální pohyblivost ramenního kloubu a celé horní končetiny. Důležité je také navodit správné dýchání, ovlivnit držení těla a předejít otoku na horní končetině na operované straně (Slezáková, 2010).

- **Režimová opatření**

Pacientky v domácím prostředí vychází z pokynů, které získaly po dobu hospitalizace, pacientky jsou edukovány:

- o časných a pozdních komplikacích,
- o péči o jizvu,
- o pohybovém režimu a režimových opatřeních, které jsou prevencí sekundárního lymfedému. Režimová opatření jsou součástí edukačního standardu, který je pacientce předán na oddělení všeobecné chirurgie (Coufal, 2011).

- **Psychosociální aspekt ošetřování pacientky po operaci karcinomu prsu, pomoc psychologa, patientské organizace**

Vzhledem k tomu, že karcinom prsu je onemocnění velmi náročné na psychiku, je nezbytná podpora celého léčebného týmu a někdy je vhodné po dohodě s pacientkou zajistit intervenci psychologa. Onkologické onemocnění vyvolává výraznou psychickou reakci, která má několik fází. Tempo vývoje reakce je individuální a představuje následující stádia popsaná E. Kübblerovou - Rossovou – šok, popření faktu nemoci



a stažení se do izolace, fáze zloby a hněvu, smlouvání, deprese a akceptace. Nemocného provází bezradnost, úzkost a tíseň, často i smutné myšlenky na to, že mu skončí život. Reakce pacientů na onkologickou diagnózu je odlišná od reakcí na jiný druh onemocnění, a proto je psychologická podpora těchto pacientů ze strany zdravotníků nejen potřebná, ale vyžaduje i vysokou profesionalitu. Důležitou roli v přístupu zdravotníků k pacientům hraje věk nemocného, jeho osobnostní vlastnosti, zdravotní uvědomění a vztah k vlastnímu zdraví. Úkolem všeobecné sestry i lékaře je, aby pacientka cítila podporu svého okolí, spoluúčast a zájem ze strany ošetřujícího personálu především pak úctu, empatii, individuální přístup a pozitivní vztah k pacientovi. (Křivohlavý, 2002; Zacharová, 2007; Borch, 2013)

V ČR existují organizace sdružující onkologicky nemocné, pro ženy s karcinomem prsu je to například Mamma HELP, jejichž posláním je pomoci nemocným ženám zlepšit kvalitu života a věnovat se osvětě ve zdravé populaci. V Liberci pracuje sdružení ARCUS SOP, v kterém se pravidelně jedenkrát v měsíci scházejí onkologičtí pacienti, jejich rodinní příslušníci a přátelé, vzájemně si vyměňují osobní zkušenosti s nemocí a léčbou a vzájemně se psychicky podporují. V rámci svého působení zajišťují rehabilitační plavání, rekondiční pobyty a odborné přednášky a spolupracují s ostatními organizacemi (ARCUS Liberec, 2008).

### **2.1.9 Prevence karcinomu prsu**

Prevence je označována jako soubor opatření, kterými aktivně ovlivňujeme všechna stadia přirozeného vývoje nemoci. Preventivní opatření lze rozdělit do tří skupin:

- Primární prevence karcinomu prsu je zaměřená na eliminaci rizikových faktorů s cílem snížit riziko vzniku karcinomu, sledování žen se zvýšeným rizikem a péče o ně. *„Identifikace žen se zvýšeným rizikem karcinomu prsu je klíčem k nastavení správné péče o ně.“* (Pavlišta, 2008, s. 45). Ženy, v jejichž rodinné anamnéze se vyskytl karcinom prsu, by měly být sledované 10 let před výskytem onemocnění člena rodiny ve specializovaných centrech, kde je kromě preventivní péče zvažována i možnost dalších intervencí např. profylaktické chirurgické výkony nebo chemoprevence (Pavlišta, 2008).
- Sekundární prevence karcinomu prsu má v populaci velký potenciál, cílem je včasný záchyt karcinomu. Mezi nejjednodušší metody řadíme samovyšetřování prsů, dále pak palpační vyšetření prsů lékařem. Základním nástrojem je mammární screening, který posouvá diagnostiku karcinomu prsu směrem k časnějším stádiím s cílem snížit

mortalitu. V ČR je mamární screening bezplatně zaveden od roku 2002 u žen nad 45 let ve dvouletých intervalech. Ženy jsou odesílány buď svým praktickým lékařem nebo ošetřujícím gynekologem na specializovaná mamografická pracoviště s akreditací pro screening.

- Terciální prevencí karcinomu prsu rozumíme sledování pacientek po léčbě karcinomu prsu s cílem co nejdříve odhalit možný relaps onemocnění (Coufal, 2011; Klener, 2002)

#### **2.1.10 Prognóza karcinomu prsu**

Včas zachycený a dobře léčený karcinom prsu je jedinou cestou návratu do plnohodnotného a šťastného života. Každá žena středního věku by neměla zanedbávat samovyšetřování prsů, návštěvu screeningového centra a nepodceňovat rodinnou anamnézu. Prognózu onemocnění lze pouze odhadovat, a to po vyhodnocení faktorů epidemiologických, anatomických a buněčných a molekulárně genetických (Abrahámová, 2009).

### **2.2 Edukace pacientky po operaci karcinomu prsu**

*„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educio, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ (Juřeníková, 2010, s. 9)*

V současné době je proces edukace řazen mezi jeden ze základních pilířů efektivní léčby, jelikož řada otázek a problémů souvisejících s onemocněním je mnohdy dána nedostatkem vědomostí pacienta, jeho nepozorováním a postojem k nemoci. Výsledkem je pak často neochota dodržovat léčebná a ošetrovatelská doporučení. Naopak, pokud je pacient informován o svém zdravotním stavu a je seznámen s léčebným režimem, je mnohem pravděpodobnější, že léčba bude úspěšnější. Edukaci je tak možno považovat za symbol nového, aktivního přístupu k životu a zdravému životnímu stylu, se zaměřením na osvětu, předcházení vzniku nemocí a podporu zdraví (Svěráková, 2012). Základem pro budování dobrého vztahu s nemocným a podporu jeho compliance je dostatek správně načasovaných informací, spolu s dostatečným vyjádřením účasti a zájmu, což významně ovlivňuje průběh i výsledek terapie (Pokorná, 2010).

### 2.2.1 Proces edukace

*„Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně).“* (Juřeníková, 2010, s. 10) Ve zdravotnickém zařízení se edukační proces stává součástí péče o zdraví pacientů a měl by být v souladu se systémem a metodami péče v daném zařízení. Cílem edukačního procesu je vybavit pacienta tak, aby se uměl správně rozhodnout v situacích, které ovlivňují jeho zdraví a pocit pohody. Měl by si získanými vědomostmi utvářet své postoje, hodnoty a názory a osvojovat správné praktické dovednosti a činnosti (Kuberová, 2010).

V dnešní době se pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení zkracuje, což na něj klade zvýšené nároky po propuštění. Aby mohl situaci v domácím prostředí zvládnout, musí získat všechny potřebné informace v omezeném čase, to znamená, že sestra musí umět vyhodnotit, které informace pacient potřebuje a musí se ujistit, že předaným informacím rozumí. To vše vedlo ke zdůraznění a podpoře role sestry edukátorky (Škrla, 2003). Edukační proces můžeme rozdělit do pěti fází (Bližší popis fází edukačního procesu – viz. příloha č. 7)

### 2.2.2 Role sestry v edukačním procesu

Všeobecná sestra, která má často tendenci se zaměřovat pouze na fyzickou stránku nemoci, by měla v moderním ošetřovatelství chápat pacienta jako celistvou osobnost. To znamená, že by měla mít zájem také o dimenzi psychickou, sociální a duchovní. Pacient podstupující chirurgický zákrok, je často zatížen nepříjemnými pocity, jako je bolest, úzkost a strach. Intenzita těchto pocitů se sníží, pokud je pacient vhodně informován o tom, co ho čeká (Janáčková, 2008). Na základě vytvoření terapeutického důvěryhodného vztahu mezi sestrou a pacientem mohou vést společně dialog, který podporuje uzdravovací proces.

Ve své roli edukátorky si všeobecná sestra uvědomuje, že čas a energie vložená do výuky pacientů se zdravotnictvím vždy vrátí, že pacient efektivní výuku očekává, a že pacient má nejen právo, ale i skutečnou potřebu znát, jak o své zdraví pečovat, jak se zachovat, aby nemoc nezhoršovala jeho zdravotní stav. *„Je to efektivní výuka, která umožňuje pacientům činit inteligentní rozhodnutí a která může vést k velmi výraznému zlepšení jejich zdraví. Ve znalosti je síla. Sdílet znalosti znamená sdílet sílu“* (Škrla, 2003, s. 269).

Aby sestra edukátorka byla ve své činnosti efektivní, potřebuje mít určité schopnosti:

- znalosti z oblasti medicíny a ošetrovatelství na vysoké úrovni – pacient má k dispozici informace na internetu a jiných zdrojích a sestra, která by se neuměla orientovat v dané oblasti, ztrácí u pacienta důvěru,
- empatie a laskavá péče – vnímavost pacientů je velmi vysoká a rychle si vyhodnotí, zda to s nimi myslíme opravdově, nebo pouze vykonáváme svou práci, respektování pacienta je důležitou součástí v navázaném vztahu,
- správné komunikační schopnosti – ať už nonverbální komunikace – kam se při edukaci posadíme vzhledem k pacientovi, co říkáme svým tělem, očima, to má často větší váhu než slova, verbální komunikace – volba slov by měla upřednostňovat jednoduché informace, které jsou nejefektivnější,
- znalost svých kompetencí – oprávněnost předávat pouze poučení v rámci svých kompetencí a činností, v návaznosti na informace podané lékařem,
- předvídatost a včasná eliminace faktorů, bránící úspěšné edukaci – ať už ze strany zdravotnického systému, tak ze strany pacienta (Svěráková, 2012).

### **2.2.3 Metody a formy edukace**

*„Methodos (z řečtiny) doslovný překlad: cesta k něčemu. Naproti tomu forma je latinský výraz pro tvar. Metodou se v edukaci rozumí způsob, jakým jsou předávány znalosti nebo dovednosti, forma je spíše způsob uspořádání nebo organizace výuky“* (Svěráková, 2012, s. 38). Při volbě metody musíme zohlednit osobnost pacienta, jeho již osvojené dovednosti, vědomosti a zkušenosti. Zvolená metoda by měla být „ušíť na míru“, měla by respektovat aktuální zdravotní a psychický stav pacienta, prostředí, měla by být zajímavá a přirozená tak, aby předávané vědomosti a dovednosti nebyly obsahově zkreslené (Juřeníková, 2010).

Edukační metody lze využít teoretické, teoreticko-praktické a praktické. Nejčastěji, z výše uvedených skupin metod, jsou užívány tyto metody:

- Přednáška – ucelená podoba dané oblasti, vědomosti předáváme většinou větší skupině jedinců, nevýhodou je však malá aktivita jedinců, nedostatečná zpětná vazba. Tento negativní jev můžeme eliminovat diskusí, kterou by měl edukátor promyšleně připravit.
- Rozhovor – základem je kladení otázek, které slouží k vzájemné výměně informací, otázky by měly být efektivní a vedeny dle pravidel správné komunikace.

- Instruktaž a praktické cvičení – jedná se o teoretické poznatky předané před vlastní praktickou činností, kdy si pacient má osvojit určitou psychomotorickou dovednost. Praktickou činnost pomalu předvádíme, doplňujeme slovním výkladem, upozorňujeme na možné chyby. V praktickém cvičení edukant nacvičuje danou činnost, v této fázi je nutná podpora edukátorem, aby se předešlo snížení motivace z důvodu náročnosti cvičení. Zařazování přestávek také přináší efekt.

- Práce s textem – jedna z nejčastějších užívaných metod ve zdravotnictví, jedná se o brožury, letáky, plakáty. Tuto metodu je vhodné doplnit další edukační metodou.

- Didaktické techniky – vizuální, auditivní a audiovizuální pomůcky – prostřednictvím zrakových a sluchových vjemů je používána tabule, CD přehrávač, televize, DVD přehrávač, video (Juřeníková, 2010).

Při volbě uspořádání edukačního procesu zohledňujeme stanovený cíl, obsah edukace a individuální potřeby edukanta.

Ve zdravotnickém zařízení nejčastěji popisujeme tyto formy:

- individuální – jedna z nejčastěji užívaných ve zdravotnictví, preferuje úzký osobní kontakt edukátora a edukanta, zohledňuje s individualitu edukanta – obsah i tempo edukace, kladem je vysoká efektivita učení a aktivita spolu s vysokou zpětnou vazbou mezi účastníky procesu,

- skupinová – tato forma rozděluje edukanty do různě velkých skupin, dranti mají možnost společně spolupracovat a předávat si zkušenosti mezi sebou, ale nemusí se vždy zapojit všichni stejnoměrně,

- hromadná – sdělujeme informace velké skupině osob než ve výše uvedených formách, obsah je pro všechny stejný a nevýhodou je malý individuální přístup s nízkou zpětnou vazbou (Svěráková, 2012).

#### **2.2.4 Faktory ovlivňující edukaci**

Znalost faktorů ovlivňující edukaci je velmi významná, protože ovlivňují ochotu pacienta naslouchat a schopnost vnímat a uplatnit předávané informace.

Mohou se objevit faktory ovlivňující edukaci ze strany pacientů:

- duševní rozpoložení – city, stres a úzkost v nemoci spotřebovávají energii a odvádějí pozornost,

- bolest – snižuje schopnost koncentrace,

- věk – dospělí dokážou chápat efektivně předávané informace, naopak senioři mohou mít problémy s pochopením některých faktů,
- vzdělání – výrazy uzpůsobujeme pacientovi, nelze předpokládat, že se pacient přizná, že něco nechápe, uplatňujeme zpětnou vazbu, požádáme o shrnutí výkladu
- motivace – pacient, který není dostatečně motivovaný má problém s přijímáním informací a se změnou chování,
- hodnotový systém – vlastní vztah ke svému zdraví, přístup k lidem, kteří o pacienta pečují, hladina sebedůvěry a jistoty, pokud pacient cítí, že má věci pod kontrolou nebo je může ovlivnit, může se hodně naučit, ale i opak je pravdou,
- koncept sebedůvěry – pacient má hlubokou potřebu být respektován, tomu je potřeba uzpůsobit komunikaci, vyloučit postoj nadřazenosti, autoritativnosti, ponižování a sarkastické kritizování (Křivohlavý, 2002),
- schopnost číst a slyšet – diskutujeme o tom, co si pacient přečetl a zjistíme, zda měl možnost číst (nemusí sebou mít brýle), na pacienty s poruchou sluchu mluvíme pomalu a zřetelně,
- jazyková bariéra – možnost zajištění tlumočnicka,
- kultura – ne všichni mají stejné zásady a představy týkající se zdraví, ukážeme-li, že respektujeme jejich názory, bude výuka přijata s větším respektem.

Mohou se objevit faktory ovlivňující edukaci ze strany zdravotnického systému:

- absence lidského přístupu ošetřujícího personálu – přístup ke každému člověku vyžaduje určitou trpělivost, velkou dávku empatie a porozumění,
- ignorování potřeb pacienta – vyhodnocení potřeb a možností pacienta, jeho znalostí a dovedností a připravenosti k výuce,
- roztržičnost edukace – nejsou sladěné edukační cíle sestry s edukačními cíly pacienta,
- nepřipravenost edukačního procesu – nevhodný tištěný materiál, přetížení pacienta informacemi, zbytečné opakování (Svěráková, 2012),
- nevhodná komunikace s pacientem – zvolné komunikační techniky dle individuality pacienta k dosažení edukačních cílů,
- negativní vliv prostředí – nedostatek soukromí pro dané edukační téma, eliminace rušivých vlivů – telefon, hluk, narušení procesu jinou osobou,
- časový prostor – sestra by se neměla soustředit na splnění svých vlastních potřeb (provedení výuky), ale na potřeby pacienty a zajistit si dostatečný časový prostor pro efektivní edukační proces,

- osobnostní předpoklad sestry – sestra podporuje pacienta a pomáhá mu zvládnout jeho strach, pocit úzkosti, pochopit podstatu nemoci, jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví,
- schopnost týmové spolupráce – nedostatečná komunikace v interdisciplinárním týmu může vést k přetížení pacienta informacemi a jeho ochabujícímu zájmu,
- deficit problematiky edukace ve vzdělávacích programech sester - edukace v moderním ošetrovatelství by měla být prezentovaná jako významná součást ošetrovatelské péče (Kuberová; 2010; Škrla, 2003).

### **2.2.5 Edukační proces pro pacientky po operaci karcinomu prsu**

Vzhledem k četnosti výskytu karcinomu prsu v ČR, si toto onemocnění zaslouhuje vysokou míru povědomí a pacientky by měli být dostatečně informované o včasné diagnostice a léčbě pooperačních komplikací. Včasná návštěva lékaře vede ke zlepšení symptomů a k rychlejšímu návratu do téměř normálního života. Obsah edukačního procesu je sestaven tak, aby pacientka po operaci karcinomu prsu během pobytu ve zdravotnickém zařízení získala veškeré informace potřebné ke zvládnutí situace v domácím prostředí (Vorlíček, 2012).

Edukační proces zahrnuje následující fáze:

- **Posouzení stavu pacientky**

Po odebrání vstupní anamnézy jsou zjištěny základní údaje o pacientce, naplánovaným rozhovorem jsou posouzeny dosavadní vědomosti a dovednosti pacientky, její vztah k nemoci a názor na hodnotu zdraví, motivaci ke změně, zájem o informace.

- **Projektování**

Jsou stanoveny cíle edukace, které lze rozdělit na cíle kognitivní – zaměřené na osvojování si vědomostí a rozumových schopností, cíle psychomotorické – zaměřené na formování pohybových činností a cíle afektivní – zaměřené na získávání názorů, postojů a hodnotovou orientaci.

Zvolené cíle:

- Pacientka zná pooperačními komplikacemi.
- Pacientka umí pečovat o jizvu.
- Pacientka zná pohybová cvičení.
- Pacientka zná režimová opatření.

- Pacientka je seznámena s možností pomoci psychologa, existenci patientských organizací sdružující onkologicky nemocné pacienty.

Edukace je prováděna s pacientkou, dle vyhodnocení situace je možnost přizvat dalšího člena rodiny apod. Obsah edukace je přizpůsoben individuálně podle získaných informací, je volena edukace základní nebo reedukační.

Nejčastěji je volena individuální forma edukace, jejíž výhodou je možnost navození velice úzké spolupráce mezi pacientkou a všeobecnou sestrou, edukační obsah lze přísně individualizovat a okamžitě přizpůsobit aktuální situaci pacientky. Náš přístup je trpělivý, což je záruka úspěchu. Nutno si uvědomit, že to, co připadá samozřejmé všeobecné sestře, není vždy samozřejmé pro pacientku. Důležité je navození důvěry a víry pacientky v edukátora. Z metod je využívána nejčastěji práce s textem, rozhovor, instruktáž a praktické cvičení.

Ideální je zajištění edukačního procesu jednou všeobecnou sestrou, dle potřeby pacientky lze rozšířit personální zajištění edukačního procesu a využít týmové spolupráce s fyzioterapeutem, který je nám nápomocný s nácvikem jednotlivých cviků.

Časový rozsah a načasování edukačního procesu je uzpůsoben potřebám pacientky. U pacientek s disekcí axily je vhodné začít edukační proces již před operací, aby si pacientka osvojila cviky, které bude po operaci provádět. Dle možností zdravotnického zařízení je snahou zajistit klidné, ničím a nikým nerušené prostředí. Výsledek edukačního procesu je zhodnocen kontrolními otázkami, předvedením praktického nácviku (Svěráková, 2012; Juřeníková, 2010).

- **Realizace** – po pečlivé přípravě je realizace zaměřena na splnění stanovených cílů.

Pacientka je seznámena s pooperačními komplikacemi – pacientka umí rozpoznat příznaky pooperačních komplikací a ví, že je důležité o nich informovat lékaře. Pooperační komplikace jsou podrobně popsány v kapitole 2.1.7 Komplikace karcinomu prsu.

Pacientka je seznámena s péčí o jizvu – péče o operační ránu, která se hojí jizvou, ovlivňuje její hojení a pokud nebude pacientka věnovat jizvě náležitou pozornost, může dojít ke špatnému hojení, které se může projevit poruchou měkkých tkání v oblasti jizvy.

- Jizva – je udržovaná v čistotě, omývána proudem vody, nekoupána ve vaně, nedoporučuje se užívat parfémovaná mýdla a mycí prostředky, suší se



mírným tlakem měkkým ručníkem, chrání se před opětovným poškozením, vhodné je promašťovat jizvu hydratačním krémem.

- Tlaková masáž – je prováděna pacientkou po vytažení stehů, břicha prstů by měla být přiložena na jizvu takovým tlakem, aby mírně zbělala břicha prstů, tlak v jednom bodě by měl trvat 30s, takto se postupuje v celé délce jizvy, ve frekvenci 5x denně na sucho (Kolář, 2009).

Pacientka je seznámena s pohybovými cvičeními – cvičení po operaci karcinomu prsu začíná podle ordinace lékaře. Zahájení a rozsah cviků závisí na charakteru chirurgického výkonu. Cílem pohybových cvičení je navrácení hybnosti do stavu před operací. Při cvičení by pacientka neměla pociťovat bolest, ale pouze mírný tah.

- Po operaci je doporučeno polohovat končetinu ve zvýšené poloze, nepřetěžovat končetinu přitahováním, opíráním, neležet na operované straně, pacientka se zaměřuje na dýchání do břicha a hrudníku, nacvičuje běžné denní činnosti jako je česání, umývání, oblékání, končetinu odlehčuje v závěsu.
- Program cviků pro 1. - 4. den po operaci – všechny cviky začínají na zdravé končetině: roztažení a sevření prstů, natažení prstů a sevření v pěst, otáčení ruky, kroužky v zápěstí, v lehu na zádech zvedání předloktí, v sedu kroužení rameny a stahování lopatek, vše je opakováno několikrát během dne, každý pohyb alespoň 5x za sebou, cvičeno pomalu, ale důsledně, s pravidelným dýcháním, bez zadržování dechu.
- V dalších dnech – cvičení je opakováno, vždy jen do pocitu únavy, pacientky po disekci axily jsou zvány i po propuštění na fyzioterapeutickou ambulanci. (Coufal, 2011)

Pacientka je seznámena s režimovými opatřeními – pacientka je během pobytu ve zdravotnickém zařízení seznámena s režimovými opatřeními, které směřují především k prevenci vzniku lymfedému, zvláště po disekci axily. Je důležité vyvarovat se všeho, co brání odtoku mízy z podkoží ze zúžených mízních cest a co by mohlo mízní cesty poškodit.

- U lékaře – na operované straně si nenechá pacientka měřit krevní tlak, nenechá si aplikovat žádné injekce, akupunkturu, lokální anestezii a provádět odběry krve.
- V domácnosti – se pacientka vyvaruje poranění jehlou např.: při šití, při poranění je nutné okamžitě dezinfikovat místo vpichu, vyvarovat se účinků

horka a chladu, vyvarovat se neopatrnosti při žehlení, na operované straně nenosit nic, co by končetinu stahovalo (prsteny, hodinky apod.), končetinu nepřetěžovat, pracovat v kratších intervalech s pauzami a doplňovat činnost polohováním končetiny, používat ochranné rukavice, vyvarovat se mytí nádobí v horké vodě, obsluhy horkého grilu, krbu, nošení těžkých břemen, vyvarovat se kousnutí, škrábnutí domácími zvířaty.

- Při oblékání – ramínka podprsenky by se neměla zařezávat do kůže, oblečení by mělo být volné, neškrtit, po mastektomii se doporučuje nosit mamární epitéza, nedoporučuje se nosit těžký kabát.
- Kosmetická péče – šetrná manikúra – zvýšená opatrnost při stříhání i pilování nehtů, vyvarovat se plísní na rukou, používat mycí prostředky s nižším pH.
- Výživa – udržovat Body Mass Index (dále jen BMI) v normě, v době hojení by měla být zajištěna strava bohatá na bílkoviny, vitamíny, minerály, dostatečně zajištěn pitný režim, omezen příjem soli.
- Prevence – pacientka je edukovaná o provádění pravidelného samovyšetřování prsů a pravidelných prohlídky do mamologické poradny.
- Spánek – pacientka by si měla odvyknout spávat se založenýma rukama za hlavou, neležet na postižené straně, paže by měla být ve zvýšené poloze.
- Dovolená, aktivity – je doporučeno nevystavovat se přímému slunci, vyvarovat se oblastem se zvýšeným výskytem hmyzu, vyvarovat se sauny, posilovny, tenisu, dlouhého stání a sezení. Doporučují se pobyty na čerstvém vzduchu, pěší turistika s holemi, jóga, plavání, cvičení ve vodě, v zimě jízda na běžkách, veškeré aktivity provádíme jen do únavy, další sporty dle doporučení lékaře.
- Péče o psychickou stránku – doporučuje se vyvarovat se stresu, psychické zátěži (Coufal, 2011).

Pacientka je seznámena s možností pomoci psychologa, existencí patientských organizací sdružující onkologicky nemocné pacienty – chirurgický zákrok přináší velkou emocionální zátěž pro pacientku, a proto je snahou celého týmu překonat obavy pacientky důslednou edukací, vést pacientku k optimismu, respektovat její přání a umět si získat její důvěru. Nejistota a obavy z budoucnosti mnohdy vyžadují spolupráci s psychologem. Pacientku informujeme o možnosti zapojit se do organizací, které sdružují onkologicky nemocné pacienty (Abrahámová, 2009; Křivohlavý, 2002).

- **Fáze upevnění a prohlubování učiva**

Během pobytu ve zdravotnickém zařízení má pacientka možnost dotazovat se, aktivně odpovídáme na její dotazy, kontrolujeme, zda provádí doporučené postupy, zda cviky provádí správnou technikou.

- **Fáze zpětné vazby**

Jsou hodnoceny výsledky edukačního procesu, dle potřeby je doplněn obsah edukačního procesu, je proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace, pacientka stvrzuje pochopení výkladu svým podpisem (Svěráková, 2012; Juřeníková, 2010).

## **2.2.6 Edukační standard**

*„Edukační standardy jsou dohodnutou normou, kritériem pro zajištění profesionální kvality edukace.“* (Juřeníková, 2012, s. 71) Edukační standard je vytvořen tak, aby byl závazný pro všechny edukanty. Jsou stanoveny požadavky, které má edukant při edukaci splnit. Součástí edukačního standardu je audit, který hodnotí plnění standardu. Tento kontrolní mechanismus je zárukou pravidelné aktualizace a plnění obsahu standardu a zvyšuje kvalitu ošetřovatelské péče v ošetřovatelském procesu. (Juřeníková, 2010; Magurová, 2009)

### **3 Výzkumná část**

Výzkumná část práce v následujících oddílech vymezuje cíle práce a hypotézy, které byly stanovené na základě prostudované literatury a pilotní studie. Odůvodňuje výběr zvolené metodiky výzkumu a charakterizuje výzkumný vzorek. Po vlastním dotazníkovém šetření podrobně popisuje výsledky výzkumu a analyzuje je.

#### **3.1 Cíle práce a hypotézy**

##### **Cíle práce:**

1. Zjistit, jakou formou a o čem edukují všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení pacientky po operaci karcinomu prsu.
2. Zjistit nejčastější faktory ovlivňující edukaci patientek po operaci karcinomu prsu ze strany edukující všeobecné sestry a ze strany patientek.
3. Zjistit informovanost patientek o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu před ukončením hospitalizace.

##### **Hypotézy:**

1. Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení rozlišují rané a pozdní komplikace po operaci karcinomu prsu.
2. Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení uvedou nejčastější režimová opatření, která by měla pacientka dodržovat po operaci karcinomu prsu.
3. Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení uvedou činnosti, do kterých by se pacientka po operaci prsu měla zapojit.
4. Předpokládám, že všeobecné sestry pracujících na chirurgickém oddělení edukují pacientky po operaci karcinomu prsu individuální formou.
5. Předpokládám, že nejčastější faktor ovlivňující edukaci patientek uvedený všeobecnými sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení bude nedostatek časového prostoru.
6. Předpokládám, že nejčastější faktor ovlivňující edukaci patientek uvedený patientkami bude strach a úzkost.
7. Předpokládám, že pacientky uvedou alespoň dvě režimová opatření po operaci karcinomu prsu.

### **3.2 Metodika výzkumu**

Pro výzkumné šetření byla použita metoda kvantitativního výzkumu s použitím nestandardizovaného originálního dotazníku pro všeobecné sestry (viz. příloha č. 8) a pro pacientky po operaci karcinomu prsu (viz. příloha č. 9). Výhodou dotazníku byl rychlý sběr dat a jejich analýza, při zkoumání velkých skupin (Bártlová, 2008). Příprava k výzkumnému šetření probíhala studiem literatury a pilotní studií. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení dvou nemocnic, Krajské nemocnice Liberec, a.s. a Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. a probíhalo v měsíci únoru a březnu 2014. Dotazníky obsahovaly úvodní část s oslovením respondentů a pokyny pro vyplnění. Následovala část s demografickými údaji a část zjišťovací. Dotazník pro všeobecné sestry byl tvořen 18 otázkami, z nichž byla 1 otevřená, 7 polozavřených a 10 uzavřených. 1 otázka byla dichotomická a ostatní byly polychotomické. Dotazník pro pacientky po operaci karcinomu prsu byl tvořen 16 otázkami, z nichž bylo 7 otevřených, 5 polozavřených a 4 uzavřených. 2 otázky byly dichotomická a ostatní byly polychotomické (Kutnohorská, 2009).

### **3.3 Charakteristika výzkumného vzorku**

Předmětem výzkumu byly všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s. a Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. a pacientky po operaci karcinomu prsu hospitalizované ve výše uvedených nemocnicích. Po souhlasu obou organizací (Protokol k provádění výzkumu – viz. příloha č. 11 a 12) byly požádány staniční sestry výše uvedených pracovišť o spolupráci při rozdávání dotazníků všeobecným sestrám a pacientkám po operaci karcinomu prsu a jejich sběru. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků všeobecným sestrám, návratnost byla 57 dotazníků (81 %), vyřazeny pro neúplnost dat byly 3 dotazníky (4 %). Pacientkám po operaci karcinomu prsu bylo rozdáno 70 dotazníků, návratnost byla 63 dotazníků (90 %), vyřazeny pro neúplnost dat bylo 5 dotazníků (7 %). Konečný počet dotazníků byl o velikosti 54 všeobecných sester a 58 pacientek po operaci karcinomu prsu.

### **3.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza**

Výsledky výzkumu byly zpracovány matematickou metodou v programu Microsoft Office Excel 2007 a přehledně uvedeny do tabulek. Číselné hodnoty v tabulkách byly

vyjádřeny v absolutní četnosti (počet odpovědí) a v relativní četnosti (procentuální vyjádření zaokrouhlené na dvě desetinná místa). U otázek, kde mohli respondenti vybírat odpovědi, jsou chybně zvolené odpovědi zvýrazněny v tabulce červeně. Zajímavá zjištění byla doplněna grafickým znázorněním číselných hodnot v relativních četnostech.

## **Vyhodnocení výsledků dotazníku pro všeobecné sestry**

### **Položka č. 1 – Věk respondentů**

Tab. 1 Věk respondentů

<b>Věk respondentů</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
20 - 29 let	21	38,89
30 - 39 let	19	35,19
40 - 49 let	12	22,22
50 a více let	2	3,70
Celkem	54	100,00

### **Interpretace:**

Nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozmezí 20 – 29 let v počtu 21 (38,89 %), ve věku 30 – 39 let bylo 19 (35,19 %) respondentů, ve věku 40 – 49 let bylo 12 (22,22 %) respondentů a 50 a více let mělo 2 (3,7 %) respondentů. Průměrný věk respondentů byl 33,96 let, nejnižší uvedený věk byl 21 let, nejvyšší uvedený věk byl 59 let.

## **Položka č. 2 – Pohlaví respondentů**

Tab. 2 Pohlaví respondentů

<b>Pohlaví respondentů</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Žena	52	96,30
Muž	2	3,70
Celkem	54	100,00

### **Interpretace:**

Celkem bylo 52 žen (96,30 % respondentů) a 2 muži (3,70 % respondentů).

## **Položka č. 3 – Vzdělání respondentů**

Tab. 3 Vzdělání respondentů

<b>Vzdělání respondentů</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Středoškolské	31	57,41
Vyšší odborné	9	16,67
Bakalářské	8	14,81
Magisterské	4	7,41
Jiné	2	3,70
Celkem	54	100,00

### **Interpretace:**

Celkem 31 (57,41 %) respondentů uvedlo středoškolské vzdělání, 9 (16,67 %) respondentů uvedlo vyšší odborné, 8 (14,81 %) respondentů uvedlo bakalářské a 4 (7,41 %) respondenti uvedli magisterské vzdělání. Dva (3,7 %) respondenti uvedli jiné vzdělání – ARIP.

#### **Položka č. 4 – Délka praxe všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení**

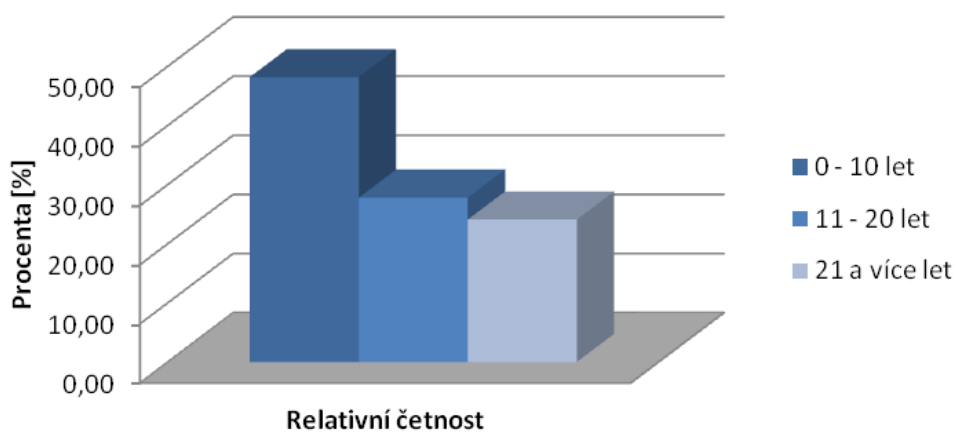
Tab. 4 Délka praxe všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení

<b>Délka praxe všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
0 - 10 let	26	48,15
11 - 20 let	15	27,78
21 a více let	13	24,07
Celkem	54	100,00

#### **Interpretace:**

Celkem 26 (48,15 %) respondentů uvedlo délku praxe 0 – 10 let, 15 (27,78 %) respondentů uvedlo délku praxe 11 – 20 let a 13 (24,07 %) respondentů uvedlo délku praxe 21 a více let.

#### **Délka praxe všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení**



Graf 1 Délka praxe všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení



**Položka č. 5 – Názor všeobecných sester na informovanost patientek o karcinomu prsu**

Tab. 5 Názor všeobecných sester na informovanost patientek o karcinomu prsu

<b>Názor všeobecných sester na informovanost patientek o karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	33	61,11
Ne	17	31,48
Nevím	4	7,41
Celkem	54	100,00

**Interpretace:**

Celkem 33 (61,11 %) respondentů uvedlo odpověď ano, 17 (31,48 %) respondentů uvedlo odpověď ne a 4 (7,41 %) respondenti uvedlo odpověď nevím.

**Položka č. 6 – Názor všeobecných sester na informovanost patientek o léčebném režimu**

Tab. 6 Názor všeobecných sester na informovanost patientek o léčebném režimu

<b>Názor všeobecných sester na informovanost patientek o léčebném režimu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	41	75,93
Ne	7	12,96
Nevím	6	11,11
Celkem	54	100,00

**Interpretace:**

Celkem 41 (75,39 %) respondentů uvedlo odpověď ano, 7 (12,96 %) respondentů uvedlo odpověď ne a 6 (11,11 %) respondentů uvedlo odpověď nevím.

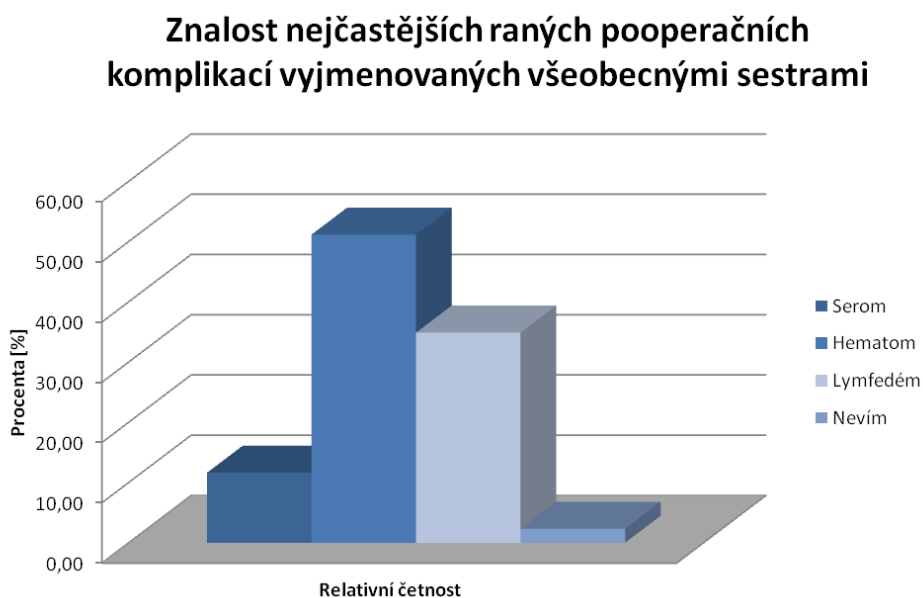
**Položka č. 7 – Znalost nejčastějších raných pooperačních komplikací vyjmenovaných všeobecnými sestrami**

Tab. 7 Znalost nejčastějších raných pooperačních komplikací vyjmenovaných všeobecnými sestrami

<b>Znalost nejčastějších raných pooperačních komplikací vyjmenovaných všeobecnými sestrami</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Serom	10	11,63
Hematom	44	51,16
<b>Lymfedém</b>	<b>30</b>	<b>34,88</b>
<b>Nevím</b>	<b>2</b>	<b>2,33</b>
Celkem	86	100,00

**Interpretace:**

Celkem 10 odpovědí bylo serom (11,63 % odpovědí), 44 odpovědi bylo hematom (51,16 % odpovědí), 30 odpovědi bylo lymfedém (34,88 % odpovědí) a 2 odpovědi nevím (2,33 % odpovědí).



Graf 2 Znalost nejčastějších raných pooperačních komplikací vyjmenovaných všeobecnými sestrami

**Položka č. 8 – Znalost všeobecných sester o zahájení rehabilitace u pacientky po operaci karcinomu prsu**

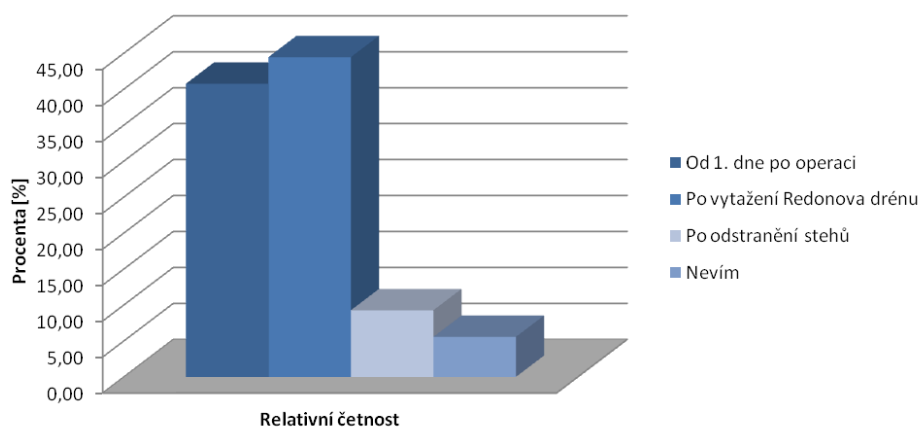
Tab. 8 Znalost všeobecných sester o zahájení rehabilitace u pacientky po operaci karcinomu prsu

<b>Znalost všeobecných sester o zahájení rehabilitace u pacientky po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Od 1. dne po operaci	22	40,74
<b>Po vytažení Redonova drénu</b>	<b>24</b>	<b>44,44</b>
<b>Po odstranění stehů</b>	<b>5</b>	<b>9,26</b>
<b>Nevím</b>	<b>3</b>	<b>5,56</b>
Celkem	54	100,00

**Interpretace:**

22 (44,74 %) respondentů uvedlo, že lze rehabilitaci zahájit od 1. dne po operaci, 24 (44,44 %) respondentů uvedlo, že po vytažení Redonova drénu, 5 (9,26 %) respondentů uvedlo, že po odstranění stehů a 3 (5,56 %) respondentů uvedlo odpověď nevím.

**Znalost všeobecných sester o zahájení rehabilitace u pacientky po operaci karcinomu prsu**



Graf 3 Znalost všeobecných sester o zahájení rehabilitace u pacientky po operaci karcinomu prsu

**Položka č. 9 – Nejčastější režimová opatření po operaci karcinomu prsu uváděná všeobecnými sestrami**

Tab. 9 Nejčastější režimová opatření po operaci karcinomu prsu uváděná všeobecnými sestrami

<b>Nejčastější režimová opatření po operaci karcinomu prsu uváděná všeobecnými sestrami</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Měření TK, odběry krve, aplikace injekcí	50	19,76
Neležet na operované straně	20	7,91
<b>Sportovní aktivita bez omezení</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
Aktivity provádět jen do únavy	34	13,44
Přímé slunění, sauna, horká voda	38	15,02
Procházky na čerstvém vzduchu	20	7,91
Psychická zátěž a stres	23	9,09
BMI 20-25	25	9,88
Samovyšetřování prsů	43	17,00
<b>Nevím</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<b>Celkem</b>	<b>253</b>	<b>100,00</b>

**Interpretace:**

50x (19,76 %) byla uvedena odpověď – vyvarovat se měření krevního tlaku, odběrům krve a aplikaci injekcí na končetině, na operované straně. 20x (7,91 %) byla uvedena odpověď neležet na operované straně, odpověď – ve sportovní aktivitě není nutno se nijak omezovat neuvedl žádný z respondentů, odpověď – provádět veškeré aktivity provádět jen do únavy byla uvedena 34x (13,44 %), odpověď – vyvarovat se přímému slunění, pobytu v sauně a horké vodě byla uvedena 38x (15,02 %), odpověď – zařadit pravidelné procházky a pobyt na čerstvém vzduchu byla uvedena 20x (7,91 %), odpověď – vyvarovat se psychické zátěži a stresu byla uvedena 23x (9,09 %), odpověď – výživu upravit tak, aby bylo BMI v hodnotě 20 – 25, zajistit stravu bohatou na bílkoviny, vitamíny a minerály, dodržovat pitný režim byla uvedena 25x (9,98 %), odpověď – pravidelně provádět samovyšetřování prsů byla uvedena 43x (17 %), odpověď nevím nevyužil nikdo z respondentů.

**Položka č. 10 – Činnosti, uváděné všeobecnými sestrami, do kterých by se měla pacientka po operaci karcinomu prsu zapojit**

Tab. 10 Činnosti, uváděné všeobecnými sestrami, do kterých by se měla pacientka po operaci karcinomu prsu zapojit

<b>Činnosti, uváděné všeobecnými sestrami, do kterých by se měla pacientka po operaci karcinomu prsu zapojit</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Plavání a cvičení ve vodě	31	25,62
<b>Tenis a golf</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
Procházky na čerstvém vzduchu	44	36,36
<b>Jednostranně namáhavá práce</b>	<b>2</b>	<b>1,65</b>
<b>Pobyt na slunci, v sauně a horké vodě</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
Cvičení uvolňující psych.zátěž a stres	36	29,75
<b>Neprovádět žádnou pohybovou aktivitu</b>	<b>5</b>	<b>4,13</b>
<b>Nevím</b>	<b>3</b>	<b>2,48</b>
Celkem	121	100,00

**Interpretace:**

31x (25,62 %) byla odpověď – plavání a cvičení ve vodě, 44x (36,36 %) byla uvedena odpověď – procházky na čerstvém vzduchu, odpověď – tenis a golf, pobyt na slunci, v sauně a horké vodě neuvedl nikdo z respondentů, odpověď – cvičení uvolňující psychickou zátěž a stres byla uvedena 36x (29,75 %), na odpověď – neprovádět žádnou pohybovou aktivitu uvedlo 5 (4,13 %) respondentů, odpověď – nevím byla uvedena 3x (2,48 %).

**Položka č. 11 – Způsob provádění edukace patientek po operaci karcinomu prsu všeobecnými sestrami**

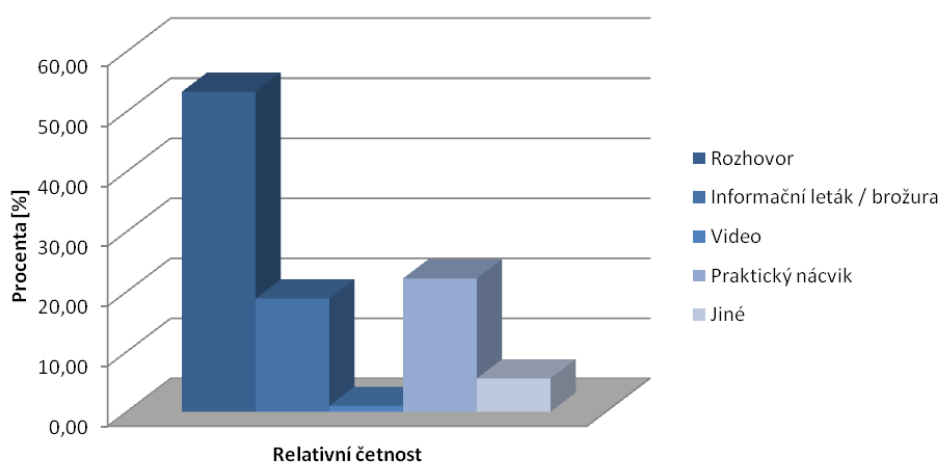
Tab. 11 Způsob provádění edukace patientek po operaci karcinomu prsu všeobecnými sestrami

<b>Způsob provádění edukace patientek po operaci karcinomu prsu všeobecnými sestrami</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Rozhovor	49	53,84
Informační leták / brožura	17	18,68
Video	0	0,00
Praktický nácvik	20	21,98
Jiné	5	5,50
<b>Celkem</b>	<b>91</b>	<b>100,00</b>

**Interpretace:**

48x (53,84 %) byla uvedena odpověď rozhovor, 17x (18,68 %) byla uvedena odpověď informační leták / brožura, nikdo z respondentů neuvedl odpověď video, 20x (21,98 %) byla uvedena odpověď praktický nácvik. Jiná odpověď byla uvedena 5x (5,50 %), z toho 2x byla odpověď neprovádím a 3x odpověď provádí fyzioterapeut.

**Způsob provádění edukace patientek po operaci karcinomu prsu všeobecnými sestrami**



Graf 4 Způsob provádění edukace patientek po operaci karcinomu prsu všeobecnými sestrami

**Položka č. 12 – Forma edukace u pacientky po operaci karcinomu prsu uvedená všeobecnými sestrami**

Tab. 12 Forma edukace u pacientky po operaci karcinomu prsu uvedená všeobecnými sestrami

<b>Forma edukace u pacientky po operaci karcinomu prsu uvedená všeobecnými sestrami</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Individuální	52	96,30
Skupinová	2	3,70
Hromadná	0	0,00
Celkem	54	100,00

**Interpretace:**

Individuální formu edukace uvedlo 52 (96,3 %) respondentů, skupinovou formu uvedli 2 (3,7 %) respondenti, hromadnou formu neuvedl nikdo z respondentů.

**Položka č. 13 – Způsob ověření porozumění předaným informacím uvedený všeobecnými sestrami**

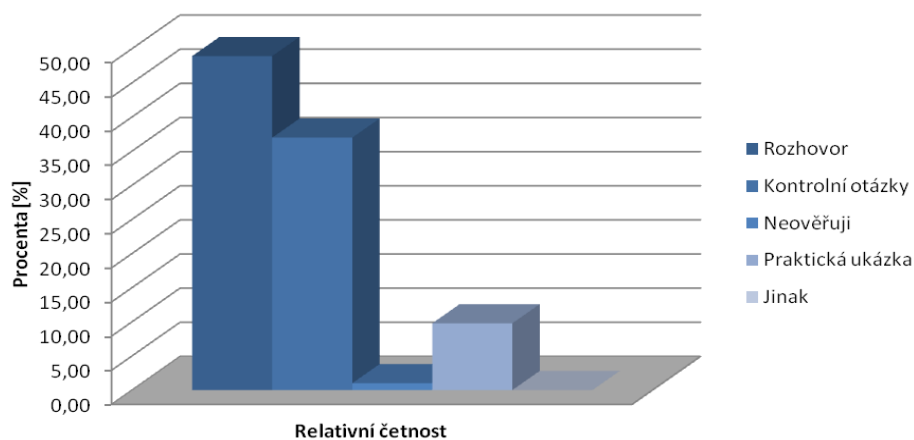
Tab. 13 Způsob ověření porozumění předaným informacím uvedený všeobecnými sestrami

<b>Způsob ověření porozumění předaným informacím uvedený všeobecnými sestrami</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Rozhovor	45	48,91
Kontrolní otázky	34	36,96
Neověřuji	4	4,35
Praktická ukázka	9	9,78
Jinak	0	0,00
Celkem	92	100,00

**Interpretace:**

Odpověď rozhovor byla uvedena 45x ( 48,91 % odpovědí), odpověď kontrolní otázky byla uvedena 34x (36,96 %), neověřuji bylo uvedeno 4x (4,35 %), odpověď praktická ukázka byla uvedena 9x (9,78 %), odpověď jinak neuvedl nikdo z respondentů.

### Způsob ověření porozumění předaným informacím uvedený všeobecnými sestrami



Graf 5 Způsob ověření porozumění předaným informacím uvedený  
všeobecnými sestrami

### Položka č. 14 – Délka edukace uvedená všeobecnými sestrami

Tab. 14 Délka edukace uvedená všeobecnými sestrami

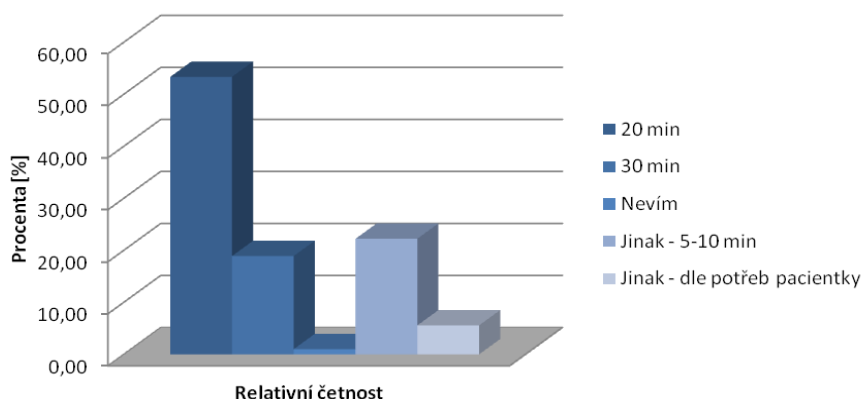
Délka edukace uvedená všeobecnými sestrami		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
20 min	13	24,07
30 min	9	16,67
Nevím	10	18,52
Jinak - 5-10 min	12	22,22
Jinak - dle potřeb pacientky	10	18,52
Celkem	54	100,00

#### Interpretace:

20 min se edukaci věnuje 13 (24,07 %) respondentů, 30 minut 9 (16,67 %) respondentů, odpověď nevím uvedlo 10 (18,52 %) respondentů, jinou odpověď uvedlo 22 respondentů, z toho 12 (22,22 %) uvedlo 5 – 10 min a 10 (18,52 %) respondentů uvedlo dle potřeb pacientky.



### Délka edukace uvedená všeobecnými sestrami



Graf 6 Délka edukace procesu uvedená všeobecnými sestrami

### **Položka č. 15 – Rušivý faktor ovlivňující proces edukace uvedený všeobecnými sestrami**

Tab. 15 Rušivý faktor ovlivňující proces edukace uvedený všeobecnými sestrami

<b>Rušivý faktor ovlivňující proces edukace uvedený všeobecnými sestrami</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Bolest u pacientky	18	15,00
Nedostatek soukromí	23	19,17
Strach, úzkost	21	17,50
Nedostatek času	25	20,83
nedostatek edukačního materiálu	9	7,50
Hluk, telefon	18	15,00
Jiné	6	5,00
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

#### **Interpretace:**

Odpověď bolest byla uvedena 18x (15 % odpovědí), odpověď nedostatek soukromí byla uvedena 23x (19,17 % odpovědí), odpověď strach a úzkost byla uvedena 21x (17,5 % odpovědí), nedostatek časového prostoru byl uveden 25x (20,83 % odpovědí), nedostatek edukačního materiálu bylo uvedeno 9x (7,5 % odpovědí), hluk a telefon byl uveden 18x (15 % odpovědí). Odpovědi jiné bylo využito 7x (5 % odpovědí) s odůvodněním – edukaci nic neruší.

**Položka č. 16 – Uvedení přítomnost edukačního standardu na oddělení všeobecnými sestrami**

Tab. 16 Uvedení přítomnost edukačního standardu na oddělení všeobecnými sestrami

<b>Uvedení přítomnost edukačního standardu na oddělení všeobecnými sestrami</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	21	38,89
Ne	23	42,59
Nevím	10	18,52
Celkem	54	100,00

**Interpretace:**

Odpověď ano byla uvedena 21x (38,89 %), odpověď ne byla uvedena 23x (42,59 %), odpověď nevím byla uvedena 10x (18,52 %).

**Položka č. 17 – Zdroje získávání nových, aktuálních poznatků o diagnostice, léčbě a ošetřování patientek s karcinomem prsu uvedené všeobecnými sestrami**

Tab. 17 Zdroje získávání nových, aktuálních poznatků o diagnostice, léčbě a ošetřování patientek s karcinomem prsu uvedené všeobecnými sestrami

<b>Zdroje získávání nových, aktuálních poznatků o diagnostice, léčbě a ošetřování patientek s karcinomem prsu uvedené všeobecnými sestrami</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Odborné vzdělávací akce	45	55,56
Od lékaře na oddělení	11	13,58
Internet, časopisy, knihy	25	30,86
Jinak	0	0,00
Celkem	81	100,00

**Interpretace:**

Odborné vzdělávací akce uvedlo 45 (55,56 % odpovědí) respondentů, informace od lékaře na oddělení uvedlo 11 (13,58 % odpovědí) respondentů, internet, časopisy a knihy uvedlo jako zdroj 25 (30,86 % odpovědí) respondentů.

**Položka č. 18 – Přínos pro edukaci patientek po operaci prsu uvedený všeobecnými sestrami**

Tab. 18 Přínos pro edukaci patientek po operaci prsu uvedený všeobecnými sestrami

<b>Přínos pro edukaci patientek po operaci prsu uvedený všeobecnými sestrami</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Semináře	22	18,97
Edukační materiál	29	25,00
Adekvátní prostředí pro edukaci	31	26,72
Kurz komunikace	32	27,59
Nevím	0	0,00
Další	2	1,72
Celkem	116	100,00

**Interpretace:**

Odpověď odborné semináře byla uvedena 22x (18,97 % odpovědí), odpověď edukační materiál byla uvedena 29x (25 % odpovědí), odpověď adekvátní prostředí pro edukaci byla uvedena 31x (26,72 % odpovědí), kurz komunikace s pacienty s onkologickým onemocněním byla uvedena 32x (27,59 % odpovědí), odpověď další byla uvedena 2x (1,72 % odpovědí) se specifikací – setkání pacientů. Odpověď nevím nevyužil nikdo z respondentů.

## Vyhodnocení výsledků dotazníku pro pacientky po operaci karcinomu prsu

### Položka č. 1 – Věk respondentů

Tab. 19 Věk respondentů

Věk respondentů		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
30 - 39 let	8	13,79
40 - 49 let	7	12,07
50 - 59 let	14	24,14
60 - 69 let	20	34,48
70 a více	9	15,52
Celkem	58	100,00

#### Interpretace:

Nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozmezí 60 – 69 let v počtu 20 (34,48 %), ve věku 50 – 59 let bylo 14 (24,14 %) respondentů, ve věku 70 a více let bylo 9 (15,52 %) respondentů, ve věku 30 – 39 let bylo 8 (13,79 %) a 40 – 49 let bylo 7 (12,07 %) respondentů. Průměrný věk respondentů byl 57,02 let. Nejnižší uvedený věk byl 34 let, nejvyšší uvedený věk byl 83 let.

### Položka č. 2 – Vzdělání respondentů

Tab. 20 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Základní	7	12,07
Střední odborné bez maturity	14	24,14
Střední odborné s maturitou	27	46,55
Vyšší odborné	7	12,07
Vysokoškolské	3	5,17
Celkem	58	100,00

#### Interpretace:

27 (46,55 %) respondentů uvedlo vzdělání střední odborné s maturitou, 14 (24,14 %) střední odborné bez maturity, základní a vyšší odborné vzdělání uvedlo shodně 7 (12,07 %) respondentů a vysokoškolské vzdělání uvedli 3 (5,17 %) respondenti.

**Položka č. 3 – Ověření poskytnutí informací o komplikacích po operaci všeobecnou sestrou pacientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 21 Ověření poskytnutí informací o komplikacích po operaci všeobecnou sestrou pacientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Ověření poskytnutí informací o komplikacích po operaci všeobecnou sestrou pacientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	53	98,15
Ne	5	9,26
Celkem	58	100,00

**Interpretace:**

53 (98,15 %) respondentům byly poskytnuty informace o komplikacích po operaci, 5 (9,26 %) respondentům ne. Informace podal ve 43 případech lékař, v 10x všeobecná sestra.

**Položka č. 4 – Komplikace po operaci karcinomu prsu uváděné pacientkami po operaci karcinomu prsu**

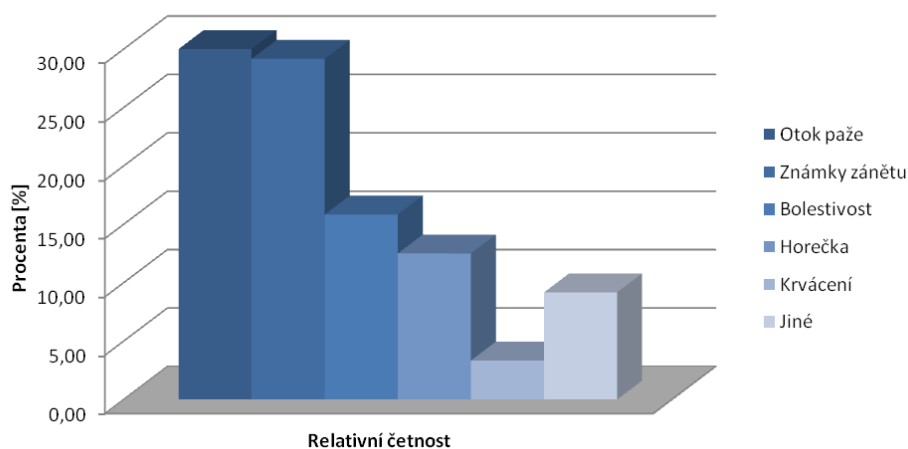
Tab. 22 Komplikace po operaci karcinomu prsu uváděné pacientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Komplikace po operaci karcinomu prsu uváděné pacientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Otok paže	36	30,00
Známky zánětu	35	29,17
Bolestivost	19	15,83
Horečka	15	12,50
Krvácení	4	3,33
Jiné	11	9,17
Celkem	120	100,00

**Interpretace:**

Nejvíce byla uvedena odpověď otok paže – 36x (30 % odpovědí), známky zánětu 35x (29,17 % odpovědí), bolestivost 19x (15,83 % odpovědí), horečka 15x (12,50 % odpovědí), krvácení 4x (3,33 % odpovědí). Jiná odpověď byla uvedena 11x (9,17 % odpovědí) – 2x metastázy, 2x zranění na operované straně, 2x odebrání prsu, 2x omezení pohybu, 3x každá jiná změna.

### Komplikace po operaci karcinomu prsu uváděné pacientkami po operaci karcinomu prsu



Graf 7 Komplikace po operaci karcinomu prsu uváděné pacientkami po operaci karcinomu prsu

### Položka č. 5 – Zdroj nejčastějších informací o komplikacích po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 23 Zdroj nejčastějších informací o komplikacích po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami

Zdroj nejčastějších informací o komplikacích po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci prsu		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Lékař	39	67,24
Všeobecná sestra	16	27,59
Vlastní úvaha	3	5,17
Celkem	58	100,00

#### Interpretace:

Nejvíce informací podal lékař 39 x (67,24 %), všeobecnou sestru uvedlo 16 respondentů (27,59 %), vlastní úvahu uvedli 3 (5,17 %) respondenti.

**Položka č. 6 – Nejčastější režimová opatření po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 24 Nejčastější režimová opatření po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Nejčastější režimová opatření po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Nezatěžovat HK	41	25,95
Nenosit břemena	23	14,56
Cvičit	21	13,29
Péče o jizvu	14	8,86
Nenabírat krev, neaplikovat injekce	12	7,59
Samovyšetřování prsu	11	6,96
Neměřit TK	10	6,33
Vhodná strava, prádlo	10	6,33
Chránit před úrazem	10	6,33
Bez stresu	6	3,80
<b>Celkem</b>	<b>158</b>	<b>100,00</b>

**Interpretace:**

Nejčastěji byla uvedena odpověď – nezatěžovat horní končetinu na operované straně – 41x (25,95 % odpovědí), nenosit těžká břemena – 23x (10,13 % odpovědí), cvičit 21x (13,29 % odpovědí), pečovat o jizvu 14x (8,86 % odpovědí), nenabírat krev a neaplikovat injekce 12x (7,56 % odpovědí), samovyšetřování prsů 11x (6,96 % odpovědí), neměřit TK 10x (6,33 % odpovědí), vhodná strava a vhodné prádlo 10x (6,33 % odpovědí), chránit před úrazem 10x (6,33 % odpovědí), vyvarovat se stresu 6x (3,8 % odpovědí).

**Položka č. 7 – Zdroj nejčastějších informací o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 25 Zdroj nejčastějších informací o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Zdroj nejčastějších informací o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Lékař	28	48,28
Všeobecná sestra	21	36,21
Fyzioterapeut	5	8,62
Internet	4	6,90
Celkem	58	100,00

**Interpretace:**

Nejvíce informací podal lékař 28 x (48,28 %), všeobecnou sestru uvedlo 21 respondentů (36,21 %), fyzioterapeuta uvedlo 5 (8,62 %) respondentů, internet uvedli 4 (6,90 %) respondenti.



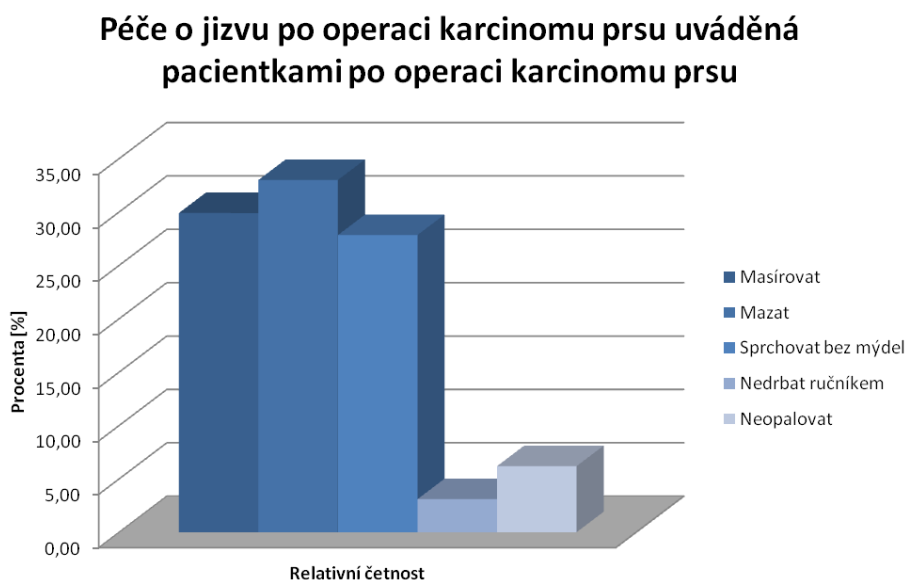
**Položka č. 8 – Péče o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 26 Péče o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Péče o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Masírovat	29	29,90
Mazat	32	32,99
Sprchovat bez mýdel	27	27,84
Nedrbat ručníkem	3	3,09
Neopalovat	6	6,19
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100,00</b>

**Interpretace:**

Nejčastěji byla uvedena odpověď – mazat – 32x (32,99 % odpovědí), masírovat – 29x (29,90 % odpovědí), sprchovat bez mýdel 27x (27,84 % odpovědí), nedrbat ručníkem 3x (3,09 % odpovědí) a neopalovat 6x (6,19 % odpovědí).



Graf 8 Péče o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

**Položka č. 9 – Zdroj nejčastějších informací o péči o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 27 Zdroj nejčastějších informací o péči o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Zdroj nejčastějších informací o péči o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Lékař	26	44,83
Všeobecná sestra	25	43,10
Lékárna	6	10,34
Vlastní úvaha	1	1,72
Celkem	58	100,00

**Interpretace:**

Nejvíce informací podal lékař 26 x (44,83 %), všeobecnou sestru uvedlo 25 respondentů (43,10 %), pracovníka lékárny uvedlo 6 (10,34 %) respondentů, vlastní úvahu uvedl 1 (1,72 %) respondent.

**Položka č. 10 – Vhodnost provádění pohybových cvičení po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 28 Vhodnost provádění pohybových cvičení po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Vhodnost provádění pohybových cvičení po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	39	67,24
Ne	8	13,79
Nevím	11	18,97
Celkem	58	100,00

**Interpretace:**

39 (67,24 %) respondentů uvedlo ano, 8 (13,79 %) respondentů uvedlo ne a 11 (18,97 %) respondentů uvedlo odpověď nevím.

**Položka č. 11 – Názor patientek po operaci karcinomu prsu na srozumitelnost předaných informací od všeobecné sestry**

Tab. 29 Názor patientek po operaci karcinomu prsu na srozumitelnost předaných informací od všeobecné sestry

<b>Názor patientek po operaci karcinomu prsu na srozumitelnost předaných informací od všeobecné sestry</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	54	93,10
Ne	4	6,90
Celkem	58	100,00

**Interpretace:**

54 (93,10 %) respondentů uvedlo ano, 4 (6,9 %) respondentů uvedlo ne.

**Položka č. 12 – Forma edukace ze strany sester, uváděná patientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 30 Forma edukace ze strany sester, uváděná patientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Forma edukace ze strany sester, uváděná patientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Individuální	56	96,55
Skupinová	2	3,45
Hromadná	0	0,00
Celkem	58	100,00

**Interpretace:**

56 (96,55 %) respondentů uvedlo individuální formu edukace, 2 (3,45 %) respondenti uvedli skupinovou formu edukace.

**Položka č. 13 – Rušivý faktor ovlivňující proces edukace uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 31 Rušivý faktor ovlivňující proces edukace uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Rušivý faktor ovlivňující proces edukace uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Bolest	7	7,29
Nedostatek soukromí	14	14,58
Strach a úzkost	31	32,29
Nedostatek časového prostoru	14	14,58
Nedostatek edukačního materiálu	16	16,67
Hluk, telefon	4	4,17
Žádný	10	10,42
Celkem	96	100,00

**Interpretace:**

Odpověď bolest byla uvedena 7x (7,29 % odpovědí), odpověď nedostatek soukromí byla uvedena 14x (14,58 % odpovědí), odpověď strach a úzkost byla uvedena 31x (32,29 % odpovědí), nedostatek časového prostoru byl uveden 14x (14,58 % odpovědí), nedostatek edukačního materiálu bylo uvedeno 16x (16,67 % odpovědí), hluk a telefon byl uveden 4x (4,17 % odpovědí). Odpovědi jiné bylo využito 10x (10,42 % odpovědí) s odůvodněním – edukaci nic neruší.

**Položka č. 14 – Informovanost patientek po operaci karcinomu prsu o patientských organizacích**

Tab. 32 Informovanost patientek po operaci karcinomu prsu o patientských organizacích

<b>Informovanost patientek po operaci karcinomu prsu o patientských organizacích</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	36	62,07
Ne	22	37,93
Celkem	58	100,00

**Interpretace:**

36 (62,07 %) respondentů bylo informováno, 22 (37,93 %) respondentů ne.

**Položka č. 15 – Největší zdroj informací o diagnostice a léčbě onemocnění uváděný patientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 33 Největší zdroj informací o diagnostice a léčbě onemocnění uváděný patientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Největší zdroj informací o diagnostice a léčbě onemocnění uváděný patientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ošetřující lékař	23	39,66
Všeobecná sestra	12	20,69
Internet, časopisy, knihy	18	31,03
Jiné	5	8,62
Celkem	58	100,00

**Interpretace:**

Nejvíce informací podal lékař – 23 (39,66 %) respondentů uvedlo lékaře, 12 (20,69 %) respondentů uvedlo všeobecnou sestru, 18 (31,03 %) respondentů uvedlo internet, časopisy a knihy a 5 (8,62 %) respondentů uvedlo jiný zdroj v podobě 2x TV, 3x od dcery zdravotníka.

**Položka č. 16 – Potřeba dalších informací o diagnóze karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu**

Tab. 34 Potřeba dalších informací o diagnóze karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

<b>Potřeba dalších informací o diagnóze karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	44	76,86
Ne	14	23,14
Celkem	58	100,00

**Interpretace:**

Další informace by uvítalo 44 (76,86 %) respondentů, 14 (23,14 %) respondentů další informace nevyžaduje. Respondenti by uvítali další informace o diagnóze v podobě: 28x (63,64 % odpovědí) bylo uvedeno – brožura, leták, informační publikace, 9x (20,45 % odpovědí) bylo uvedeno – větší aktivita lékaře a sestry, 5x (11,36% odpovědí) bylo uvedeno – internet, časopisy a 2x (4,55 % odpovědí) bylo uvedeno – psycholog.

## Ověření cílů a hypotéz

V této kapitole budou rozebrány cíle a ověřeny hypotézy práce na základě výsledků výzkumu. Hypotézy nebyly statisticky testovány, ale byly podloženy výsledky výzkumu. Hypotézy byly zpracovány matematickou metodou v programu Microsoft Office Excel 2007 a přehledně uvedeny do tabulek.

### Ověření cíle č. 1:

**Cíl č. 1: Zjistit jakou formou a o čem edukují všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení pacientky po operaci karcinomu prsu.**

K tomuto cíli byly stanoveny čtyři hypotézy.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení rozlišují rané a pozdní komplikace po operaci karcinomu prsu.

(Respondenti měli na výběr čtyři možnosti a mohli uvést více možností. Správná odpověď byla kombinace serom a hematom. Více než polovina respondentů uvedla kombinaci rané a pozdní komplikace, což byla odpověď špatná.; Byla použita otázka č. 7 z Dotazníku pro všeobecné sestry).

Tab. 35 Ověření hypotézy č. 1

Ověření hypotézy č. 1		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Správná odpověď	3	5,56
Špatná odpověď	51	94,44
Celkem	54	100,00

5,56 % všeobecných sester pracujících na chirurgickém oddělení rozlišilo správně mezi ranými a pozdními komplikacemi karcinomu prsu, 94,44 % nesprávně.

**Závěr: Hypotéza č. 1 není v souladu s výsledkem výzkumného šetření.**

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení uvedou nejčastější režimová opatření, která by měla pacientka dodržovat po operaci karcinomu prsu.

(Respondenti měli na výběr deset možností, z nichž mohli vybírat, osm možností bylo správných a dvě chybné. Správná odpověď byla taková, která obsahovala pouze správné odpovědi.; Byla použita otázka č. 9 z Dotazníku pro všeobecné sestry).

Tab. 36 Ověření hypotézy č. 2

Ověření hypotézy č. 2		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Správná odpověď	54	100,00
Špatná odpověď	0	0,00
Celkem	54	100,00

100 % všeobecných sester pracujících na chirurgickém oddělení správně uvedlo nejčastější režimová opatření, která by měla pacientka dodržovat po operaci karcinomu prsu.

**Závěr: Hypotéza č. 2 je v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení uvedou činnosti, do kterých by se pacientka po operaci karcinomu prsu měla zapojit. (Respondenti měli na výběr osm možností, z nichž mohli vybírat, čtyři možnosti byli správné a čtyři chybné. Správná odpověď byla taková, která obsahovala pouze správné odpovědi.; Byla použita otázka č. 10 z Dotazníku pro všeobecné sestry).

Tab. 37 Ověření hypotézy č. 3

Ověření hypotézy č. 3		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Správná odpověď	46	85,19
Špatná odpověď	8	14,81
Celkem	54	100,00

85,19 % všeobecných sester pracujících na chirurgickém oddělení správně uvedlo činnosti, do kterých by se pacientka po operaci karcinomu prsu měla zapojit a 14,81 % respondentů uvedlo špatnou odpověď.

**Závěr: Hypotéza č. 3 není v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že všeobecné sestry pracujících na chirurgickém oddělení edukují pacientky po operaci karcinomu prsu individuální formou.

(Odpovědi byli rozdělené na edukaci vedenou individuální formou a jinou formou edukace.; Byla použita otázka č. 12 z Dotazníku pro všeobecné sestry).



Tab. 38 Ověření hypotézy č. 4

Ověření hypotézy č. 4		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Individuální forma	52	96,30
Jiná forma edukace	2	3,70
Celkem	54	100,00

96,30 % všeobecných sester pracujících na chirurgickém oddělení edukuje pacientky po operaci karcinomu prsu individuální formou edukace, 3,70 % respondentů uvedlo jinou formu edukace.

**Závěr: Hypotézy č. 4 není v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

#### **Ověření cíle č. 2:**

**Cíl č. 2: Zjistit nejčastější faktory ovlivňující edukaci patientek po operaci karcinomu prsu ze strany edukující všeobecné sestry a ze strany patientek.**

K tomuto cíli byly stanoveny dvě hypotézy.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že nejčastější faktor ovlivňující edukaci patientek uvedený všeobecnými sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení bude nedostatek časového prostoru.

(Respondenti měli na výběr sedm možností a mohli uvést více možností.; Byla použita otázka č. 15 z Dotazníku pro všeobecné sestry).

Tab. 39 Ověření hypotézy č. 5

<b>Ověření hypotézy č. 5</b>		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Nedostatek času	25	20,83
Nedostatek soukromí	23	19,17
Strach, úzkost	21	17,50
Bolest u pacientky	18	15,00
Hluk, telefon	18	15,00
Nedostatek edukačního materiálu	9	7,5
Jiné	6	5,00
Celkem	54	100,00

Ve 20,83 % byla uvedena možnost nedostatek času. Ostatní uváděné rušivé faktory byly přehledně seřazeny.

**Závěr: Hypotéza č. 5 je v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že nejčastější faktor ovlivňující edukaci pacientek uvedený pacientkami bude stres a úzkost.

(Respondenti měli na výběr sedm možností a mohli uvést více možností.; Byla použita otázka č. 13 z Dotazníku pro pacientky po operaci karcinomu prsu).

Tab. 40 Ověření hypotézy č. 6

Ověření hypotézy č. 6		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Strach a úzkost	31	32,29
Nedostatek edukačního materiálu	16	16,67
Nedostatek časového prostoru	14	14,58
Nedostatek soukromí	14	14,58
Žádný	10	10,42
Bolest	7	7,29
Hluk a telefon	4	4,17
Celkem	96	100,00

Ve 32,29 % byla uvedena možnost strach a úzkost.

**Závěr: Hypotéza č. 6 je v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

### Ověření cíle č. 3:

**Cíl č. 3: Zjistit informovanost pacientek o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu před ukončením hospitalizace.**

K tomuto cíli byla stanovena jedna hypotéza.

Hypotéza č. 7: Předpokládám, že pacientky uvedou alespoň dvě režimová opatření po operaci karcinomu prsu. (Respondenti měli možnost na připravené řádky uvést volnou odpověď. Správná odpověď byla taková, která obsahovala pouze správné odpovědi v minimálním počtu dva. Chybná odpověď byla taková, která obsahovala nesprávné režimové opatření nebo odpověď nevím.; Byla použita otázka č. 6 z Dotazníku pro pacientky po operaci karcinomu prsu).

Tab. 41 Ověření hypotézy č. 7

Ověření hypotézy č. 7		
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Správná odpověď	58	100,00
Špatná odpověď	0	0,00
Celkem	58	100,00

100 % respondentů uvedlo minimálně dvě režimová opatření po operaci prsu.

**Závěr: hypotéza č. 7 je v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

## 4 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na roli sestry při edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu a v diskusi se budu zabývat stanovenými cíli a hypotézami. Problematiku této oblasti jsem zjišťovala metodou kvantitativního výzkumu s použitím dotazníku pro všeobecné sestry a pro pacientky po operaci karcinomu prsu. K analýze dat bylo použito celkem 54 dotazníků od všeobecných sester pracujících na chirurgickém oddělení a 58 dotazníků od pacientek po operaci karcinomu prsu hospitalizovaných na chirurgickém oddělení. Tato volba dvou dotazníků měla zajistit zpětnou vazbu obsahové části dotazníků. V této části bakalářské práce jsem porovnávala čtyři otázky s výsledky bakalářské práce Edukace pacientek s karcinomem prsu v Masarykově onkologickém ústavu od Bc. Hany Haičmanové, která se problematikou edukace pacientek s karcinomem prsu věnovala v roce 2008. Tato bakalářská práce hodnotila výsledky 144 respondentů.

**Cíl č. 1:** Zjistit, jakou formou a o čem edukují všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení pacientky po operaci karcinomu prsu. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 7, 9, 10, 11, 12, 13 a 16 dotazníku pro všeobecné sestry a otázky č. 3, 4, 14 dotazníku pro pacientky.

Otázka č. 7 byla zaměřena na znalost všeobecných sester o nejčastějších raných pooperačních komplikacích. Správně na tuto otázku odpověděli pouze 3 respondenti, dva vysokoškolsky vzdělaní s délkou praxe 11 - 20 let a nejstarší respondent s délkou praxe 21 a více let. Nejčastěji uváděnou odpověď byla kombinace odpovědi hematom a lymfedém (56 %), to znamená kombinace rané a pozdní komplikace po operaci karcinomu prsu. Příčinu tohoto nesprávného rozlišení raných a pozdních komplikací bych viděla v tom, že v povědomí, jak všeobecných sester, tak pacientek, je na prvním místě nejzávažnější komplikace po operaci karcinomu prsu, kterou je lymfedém. Rozlišení komplikací po operaci karcinomu prsu na rané a pozdní je publikované v literatuře, přičemž největší důraz je kladen na problematiku vzniku lymfedému (Coufal, 2011; Vorlíček, 2012; Abrahámová, 2009). Zpětná vazba byla u pacientek zjišťována otázkou č. 3 a 4. Pacientky byly v 98 % informované o komplikacích po operaci prsu a 54 % pacientek dokázalo vyjmenovat 3 a více komplikací (raných i pozdních), dalších 17 % vyjmenovalo jednu až dvě komplikace. Jako zdroj informací byl uváděn nejvíce lékař a na druhém místě všeobecná sestra.

Otázka č. 9 a 10 byla zaměřena na orientaci všeobecných sester v oblasti režimových opatření a činností vhodných pro pacientku po operaci karcinomu prsu. Otázka č. 9 zjišťovala orientaci všeobecných sester v oblasti režimových opatření po operaci karcinomu prsu. Nikdo z respondentů nezaškrtl chybné odpovědi, kompletní odpověď byla dosažena u 15 % respondentů, pět dotazníků bylo od středoškolsky vzdělaných všeobecných sester s délkou praxe 21 a více let a tři dotazníky od bakalářek s délkou praxe 0 – 10 let. Otázka č. 10 hodnotila orientaci všeobecných sester v oblasti činností, které jsou pro pacientku po operaci karcinomu prsu vhodné. 15 % respondentů uvedlo chybné odpovědi, kompletní odpověď (4 správné odpovědi) byla dosažena u 20 % respondentů, šest dotazníků bylo od středoškolsky vzdělaných všeobecných sester s délkou praxe 21 a více let, dva dotazníky od všeobecných sester s vyšším odborným vzděláním a dva dotazníky od bakalářek a jeden od magistry s délkou praxe 0 – 10 let. 34 % respondentů uvedlo 3 správné odpovědi, 19 % respondentů uvedlo 2 správné odpovědi a 16 % respondentů uvedlo jednu správnou odpověď.

Z výše zmíněných výsledků vyplývá, že všeobecné sestry s praxí delší než 10 let jsou lépe orientované lépe v oblasti režimových opatření a činnostech pro pacientku po operaci karcinomu prsu vhodných. Podle mého názoru bych toto zjištění přičetla jejich zkušenostem s ošetrovatelskou péčí u pacientek po operaci karcinomu prsu. Před 10 lety byla větší část chirurgických řešení karcinomu prsu spojená s disekcí axily a všeobecné sestry edukovaly v součinnosti s fyzioterapeutem, jak o pohybovém režimu, tak o režimových opatřeních. Jejich zkušenost je přínosná i v dnešní době, kdy se chirurgické zákroky minimalizují (ÚZIS ČR, 2010). Jejich zkušenosti jsou cenné pro pacientky, ale i pro mladší kolegyně.

Položkou č. 11 byla získaná odpověď od všeobecných sester na otázku, jakým způsobem byla edukace pacientek prováděna. Nejčastější samostatně uvedená odpověď byl rozhovor, a to 54 % respondentů. Nejčastěji uvedenou kombinací v počtu 31 % respondentů, byla uvedena kombinace rozhovoru, informačního letáku a praktického nácviku. Rozhovor a praktický nácvik uvedlo 6 % respondentů a jinak 9 % respondentů (ve znění: 2x neprovádím, 3x provádí fyzioterapeut). Otázka č. 12 odpověděla na otázku formy edukace, kdy 96 % všeobecných sester použilo individuální formu edukace. Tato informace byla zpětnou vazbou získána i od pacientek, které v 97 % uvedli individuální formu edukace. Zde bych se odkázala na publikaci Svěrákové, která vyzdvihuje individuální přístup edukátora k edukantovi, který je uzpůsoben k potřebám pacienta. Mluvené slovo doporučuje Svěráková doplnit tištěnou informací, aby si pacient mohl

doma v klidu přečíst, co mu bylo sděleno. To vyzdvihuje zvláště u pacientů vyšší věkové kategorie, kdy již může docházet k zapomnětlivosti. Věk patientek po operaci karcinomu prsu byl nejvyšší uvedený 83 let a nejpočetnější skupina respondentů byla věková kategorie 60 – 69 let. Juřeníková uvádí, že úkolem zdravotníka je umožnit pacientovi získání takových vědomostí, dovedností a návyků, které mu pomohou obnovit zdraví, či udržet jej alespoň na přijatelné úrovni (Svěráková, 2012; Juřeníková, 2010).

Otázky č. 13 a 14 dotazníku pro všeobecné sestry se zaměřovaly na způsob vedení edukačního procesu se zaměřením na pátou fázi edukačního procesu, na způsob ověření porozumění předaným informacím. 86 % všeobecných sester ověřuje zpětnou vazbou obsah edukace rozhovorem a kontrolními otázkami, 10 % všeobecných sester vyžaduje ještě praktickou ukázkou. Délka edukace byla správně (myšleno v časovém prostoru 20 min a více a dle potřeby pacientky) dodržena u 59 % respondentů, nejvíce bylo respondentů s délkou praxe 11 – 20 let a 21 a více let, středoškolsky vzdělaných.

Ve srovnání s výše uvedenou bakalářskou prací bylo v roce 2008 zjištěno následující. Dostatečně dlouhou dobu věnovalo edukačnímu procesu 53 % respondentů, z toho 50 % respondentů zahrnuje do edukačního procesu i rodinu pacientky. Ověřování edukačního procesu proběhlo v 80 % formou rozhovoru a kontrolních otázek. Z následující porovnání je patrné, že všeobecné sestry kladou velkou důležitost porozumění předaným informacím pacientce a využívají zpětnou vazbu edukace. V rámci svého pracovního vytížení využívají pro edukaci dostatečný časový prostor, a to hlavně všeobecné sestry s delší praxí. Tato skutečnost by se dala vysvětlit i tím, že mají více co pacientce předat (což potvrzují odpovědi týkající se obsahu edukace). Také vztah pacientky, která je povětšinou ve věku nad 50 let, a všeobecnou sestrou středního věku, je pro přijímání poznatků optimálnější a vyváženější. Věk, jako faktor ovlivňující edukační proces je uveden v nastudované literatuře (Haičmanová, 2008; Kuberová, 2010).

Položka č. 16 dotazníku všeobecných sester se týkala existence edukačního standardu pro pacientky po operaci karcinomu prsu na chirurgickém oddělení. Na odděleních, kde byl prováděn výzkum, se edukační standard pro pacientky po operaci prsu nevyskytuje. 39 % respondentů považuje za edukační standard informativní leták. Podle mého názoru je správné, že všeobecné sestry k edukaci využívají informativní leták, ale tento materiál neřeší postup edukačního procesu a jeho kontrolovatelnost. A proto navrhuji zavedení edukačního standardu.

K cíli č. 1 byly stanoveny čtyři hypotézy: 1. Hypotéza: Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení rozlišuje rané a pozdní komplikace po operaci karcinomu prsu. Předpokládalo se, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení ošetřující pacientky po operaci karcinomu prsu se setkávají s ranými komplikacemi po operaci karcinomu prsu častěji, vzhledem ke zkracování se doby hospitalizace pacientů ve zdravotnickém zařízení. Pozdní komplikace nastupují s časovým odstupem a pacientky jsou většinou již v domácím prostředí a docházejí na kontroly do poradny. K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 7 Dotazníku pro všeobecné sestry. Správnou odpověď uvedlo jen 6 % respondentů. Tento výsledek se zdá být alarmující, ale je nutné podotknout, že uváděná pozdní komplikace lymfedém, je nejzávažnější komplikací, která se po operaci karcinomu prsu vyskytuje a v literatuře je jí věnován velký prostor na úkor raných komplikací (Coufal, 2011; Vorlíček, 2012; Abrahámová, 2009). Příznivě hodnotím, že téměř všechny sestry na otázku odpověděly, přestože nerozlišili časový faktor nástupu komplikací a pouze 4 % respondentů odpovědělo nevim. Všeobecné sestry edukující o pooperačních komplikacích se významně podílejí na minimalizaci vzniku lymfedému. Hypotéza **není v souladu** s výsledky výzkumného šetření.

2. Hypotéza: Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení uvedou nejčastější režimová opatření, která by měla pacientka dodržovat po operaci karcinomu prsu. Předpokládalo se, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení mají znalosti o karcinomu prsu, který je nejčastějším karcinomem vyskytujícím se u žen (ÚZIS ČR, 2010). Všeobecná sestra, která je také ženou, vytváří s pacientkou mnohdy důvěrnější vztah než lékař. Všeobecná sestra má zájem o aktuální informace o problematice onemocnění a tyto získané informace je schopna pacientce předat. Edukace o režimových opatřeních je významná při prevenci vzniku pozdních komplikací po operaci karcinomu prsu a pacientky se jimi řídí po propuštění do domácího prostředí. K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 9 Dotazníku pro všeobecné sestry. Nikdo z respondentů neuvedl špatnou odpověď, což považuji za obzvlášť přínosné pro pacientky, z hlediska prevence vzniku lymfedému. Hypotéza **je v souladu** s výsledky výzkumného šetření.

3. Hypotéza: Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení uvedou činnosti, do kterých by se pacientka po operaci prsu měla zapojit. Předpokládalo se, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení znají oblasti činností, které je vhodné po operaci karcinomu prsu vykonávat. K ověření této hypotézy sloužila



otázka č. 10 Dotazníku pro všeobecné sestry. Správnou odpověď uvedlo 85 % respondentů, chybnou odpověď uvedlo 15 % respondentů. Chybnou odpověď si vysvětlují tím, že byla u 9 % respondentů uvedena možnost neprovádět žádnou pohybovou aktivitu na operované straně a u 6 % respondentů odpověď nevím. Tyto odpovědi byly uvedeny respondenty s nejkratší délkou praxe. Dalo by se předpokládat, že tito respondenti by mohli mít uchované aktuální znalosti z přípravy na budoucí povolání. Ale významné je propojení získaných znalostí s praktickou zkušeností a zkušenostmi předávanými v ošetrovateľském týmu. Hypotéza **není v souladu** s výsledky výzkumného šetření.

4. Hypotéza: Předpokládám, že všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení edukují pacientky po operaci karcinomu prsu individuální formou. Předpokládalo se, že povaha onkologického onemocnění je pro tuto formu nejvhodnější. Bude zajištěn citlivý přístup k potřebám pacientky a dosaženo možnosti navázat s pacientkou partnerský vztah k vedení edukačního procesu. K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 12 Dotazníku pro všeobecné sestry. Individuální formu edukace uvedlo 96% respondentů, 4 % respondentů uvedlo skupinovou formu edukace. Stejného výsledku bylo dosaženo i u pacientek (otázka č. 12). Hypotéza **není v souladu** s výsledky výzkumného šetření.

**Cíl č. 2:** Zjistit nejčastější faktory ovlivňující edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu ze strany edukující všeobecné sestry a ze strany pacientek. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 15 a 18 dotazníku pro všeobecné sestry a otázka č. 13 dotazníku pro pacientky.

Otázkou č. 15 bylo zjištěno, že všeobecné sestry nejčastěji ovlivňuje negativně nedostatek času. Tento rušivý faktor byl uveden ve 20,83 % odpovědí. Na druhém místě bylo uvedeno nedostatek soukromí (19,17 %), dále pak strach a úzkost pacientky (17,50 %), shodně s bolestí u pacientky byl uveden rušivý vliv hluku a telefonu (15 %). Pouze 5 % odpovědí - respondenti nic nepřipouští, nic je neruší. 89 % respondentů uvedlo minimálně dva rušivé faktory. Vytíženost všeobecných sester na chirurgických odděleních je velká a profese všeobecné sestry klade na člověka vysoké nároky. Zde bych se opřela o vlastní zkušenost, kdy organizace práce mnohdy ani zkušenému pracovníkovi neumožní zajistit potřebnou dobu nutnou k zajištění edukace a technická organizace oddělení mnohdy není schopna zajistit adekvátní prostředí edukace. Svěráková ve své publikaci vyzdvihuje roli sestry edukátorky, která musí vytvářet motivující a podporující prostředí k edukaci. Sestra by měla faktory ovlivňující

negativně edukaci předvídat a včas odstraňovat. Tím navodit příjemné a ničím nerušené prostředí, které může způsobit roztržičnost edukačního procesu a nižší efektivitu (Svěráková, 2012).

Otázka č. 13 řešila rušivé faktory edukace z pohledu pacientky. 10,42 % odpovědí bylo, že proces edukace není ničím rušen (na rozdíl od 5 % odpovědí) všeobecných sester). Nejčastěji byla uvedena odpověď strach a úzkost, v 32,29 % a to v zastoupení věkové kategorie 30 - 39 let a 60 a více let. Nedostatek soukromí (14,58 %), časového prostoru (14,58 %) a edukačního materiálu (16,67 %) byl uveden ve většině dotazníků nejvíce věkovou skupinou 50 – 59 let. Kuberová ve své publikaci vyzdvihuje faktory bránící edukaci v ošetrovatelství a vyzdvihuje stejně jako Svěráková významnou roli všeobecné sestry v edukačním procesu. Všeobecná sestra pro docílení maximálního efektu edukačního procesu by měla zajistit prostředí, podmínky a optimální načasování edukačního procesu pro pacienta (Kuberová, 2010).

K cíli č. 2 byly stanoveny dvě hypotézy: 5. Hypotéza: Předpokládám, že nejčastější faktor ovlivňující edukaci pacientek uvedený všeobecnými sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení bude nedostatek časového prostoru. Předpokládalo se, že všeobecné sestry na chirurgickém oddělení pracují ve velice náročném pracovním prostředí a i jejich emoční zátěž je nadměrná. Na chirurgických odděleních, kde probíhalo výzkumné dotazníkové šetření nebyl přítomen edukační standard pro všeobecné sestry edukující pacientky po operaci karcinomu prsu, který je přínosný pro zkvalitňování výuky pacientů a dosažení vysoké úrovně poskytované ošetrovatelské péče. Vzhledem k náročné povaze práce a nedostatečnému technickému vybavení edukace pacientek se předpokládalo, že všeobecné sestry nejčastěji bude omezovat nedostatek časového prostoru pro edukaci. K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 15 Dotazníku pro všeobecné sestry. Ve 20,83 % byla uvedena možnost nedostatek času. Ve srovnání s pacientkami, nedostatek časového prostoru byl uveden ve 14,58 % odpovědí. Zde bych také zdůraznila postoj respondentů, zjištěný otázkou č. 14. Respondenti, přestože je nejvíce tíží nedostatek časového prostoru, jsou natolik erudovaní, dokážou si vytvořit prostor pro edukaci. 59 % respondentů se pacientce věnuje minimálně 20 min. Na zvážení je ještě odpověď nevím, kterou si můžeme vysvětlit ve smyslu, je to tak dlouho, že ani nevím (pak by se % zastoupení zvýšilo na 78%), nebo je to doba zanedbatelná (to znamená pro edukaci nedostatečná). Hypotéza **je v souladu** s výsledky výzkumného šetření.

6. Hypotéza: Předpokládám, že nejčastější faktor ovlivňující edukaci patientek uvedený patientkami bude strach a úzkost. Předpokládalo se, že patientky přicházející k operaci karcinomu prsu jsou ovlivněny diagnózou karcinomu prsu. Přestože v období příchodu na chirurgické oddělení jsou již smířené s diagnózou a seznámené s chirurgickým řešením karcinomu prsu, ovlivňuje je stres a úzkost. Patientky mají strach z výsledků histologického vyšetření a následného léčebného postupu na onkologickém oddělení.

K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 13 Dotazníku pro patientky. Ve 32,29 % odpovědích byla uvedena možnost strach a úzkost. Přestože patientky jsou ovlivněné strachem a úzkostí, všeobecné sestry uvedli tento faktor pouze v 17,50 % odpovědí. Můžeme si to vykládat tím, že všeobecná sestra, která je dostatečně vzdělaná a dokáže navázat s patientkou efektivní komunikační vztah, dosáhne zapojení patientky do edukace a výsledkem a vlastně i odměnou je spokojená, aktivně spolupracující patientka. Efektivitu edukce by bylo vhodné podpořit edukačním materiálem, který patientky uvedli na druhém místě. V literatuře se Svěráková zmiňuje o vhodnosti kombinovat edukační metody a vyzdvihuje mluvené slovo doplněné tištěným materiálem jako nejefektivnější. Hypotéza **je v souladu** s výsledky výzkumného šetření.(Svěráková, 2012).

**Cíl č. 3:** Zjistit informovanost patientek o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu před ukončením hospitalizace. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 5, 6 dotazníku pro všeobecné sestry a otázky č. 6, 7, 8, 9, 10 a 15 dotazníku pro patientky.

Nejdříve byl otázkou č. 5 a 6 zjišťován názor sester na informovanost patientek po operaci karcinomu prsu. 61 – 76 % všeobecných sester se shoduje v tom, že patientky mají dostatek informací, jak o svém onemocnění, tak o léčebném režimu po operaci karcinomu prsu.

V otázce č. 6 nejčastěji respondenti uvedli dvě režimová opatření, a to nezatěžovat horní končetinu na operované straně (71 % respondentů), nenosit břemena (40 %), pravidelně cvičit (36 %) a pečovat o jizvu (24 %) a to v zastoupení všech věkových kategorií. Vzhledem k technice vyplňování této otázky dotazník, kdy patientky psali do připravených řádků (stejně jako u 6 dalších otevřených otázek), pozitivně hodnotím jejich přístup. Je patrné, že je dotazník oslovil. Jejich hodnotový systém, vztah k vlastnímu zdraví, přijímání nových poznatků o léčebném režimu je motivující pro změnu jejich chování a je převážně pozitivní. Otázka č. 7 specifikovala zdroj informací, nejčastěji byl uveden lékař. Otázka č. 8 zjišťovala informovanost patientek v péči o jizvu. Vysoká informovanost patientek ukazuje na vysoký zájem patientek

o estetickou stránku vlastního těla. Informace pacientky získaly od lékaře a všeobecné sestry, poprvé bylo zastoupení těchto zdrojů vyrovnané, uvedeno v položce č. 9. Zde bych výsledek komentovala, tak, že všeobecná sestra je v očích pacientky chápána jako žena, která také dbá na svou estetickou stránku a tudíž je pro pacientku hodnocena podobně vysoko jako lékař.

Otázka č. 10 zjišťovala informovanost patientek o vhodnosti pohybového cvičení. I zde byla poměrně vysoká informovanost patientek (67%) a celková srozumitelnost předaných informací v četnosti 93%. Opět bych vyzdvihla aktivní účast patientek na získávání informací, jejich aktivní zapojení do edukace a schopnost komunikačních schopností všeobecných sester pracujících na chirurgických odděleních s onkologickými pacienty.

Otázka č. 15 dotazníku pro pacientky zjišťovala největší zdroj informací o diagnostice a léčbě onemocnění, a zde byla jako nejčastější zdroj uvedena odpověď lékař (40 %), na druhém místě internet, časopisy a knihy (31 %) a až na třetím místě všeobecná sestra (21 %). Ve srovnání s výše uvedenou bakalářskou prací bylo v roce 2008 zjištěno následující. Nejčastějším zdrojem byl uveden lékař (v 73 %), na druhém místě byla uvedena všeobecná sestra (v 44 %) a na třetím místě informační letáky (v 27 %). Zde bych uvedla odbornou literaturu, která uvádí hierarchii autorit pro nemocného. Přestože pacient dostane více informací od všeobecné sestry, jako první autoritu povětšinou uvede lékaře (Křivohlavý, 2002).

K cíli č. 3 byla stanovena jedna hypotéza: 7. Hypotéza: Předpokládám, že pacientky uvedou alespoň dvě režimová opatření po operaci karcinomu prsu. Předpokládalo se, že na základě edukace patientek prováděné všeobecnými sestrami na chirurgických odděleních budou pacientky vybaveny minimálně informacemi o tom, jak pečovat o jizvu, jaké činnosti po operaci mohou vykonávat a naopak jakým činnostem se mají vyhýbat. K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 6 Dotazníku pro pacientky. 100 % patientek vyjmenovalo minimálně dvě režimová opatření, přestože tato režimová opatření museli vypisovat. Opět můžeme srovnat toto zjištění s výsledky všeobecných sester, které prokazují vysokou úroveň ve znalostech, které se týkají prevence nejobávanější komplikace po operaci karcinomu prsu, lymfedému. Karcinom prsu je nejčastějším nádorovým onemocněním žen. Pacientky by měli mít k dispozici informace o tom, jak předcházet vzniku lymfedému, jehož léčba je obtížná, píše ve své publikaci Abrahámová (Abrahámová, 2009). Zájem patientek o režimová opatření po operaci karcinomu prsu je připisován jejich zájmu začlenit se i po operaci karcinomu

prsu do běžného života. Strach ženy z lymfedému popisuje ve své publikaci Marc Silver. Píše: „Že manžel si možná zvykne vídat manželčinu otekrou paži, ale žena si na ní nezvykne nikdy. Lymfedém ovlivňuje, jak se cítí a co si může obléknout, a je neustále přítomnou připomínkou její rakoviny.“ (Silver, 2001, str.: 273). Hypotéza **je v souladu** s výsledky výzkumného šetření.

K dokreslení situace sloužila otázka č. 11, 14 a 16 dotazníku pro pacientky a otázka č. 18 dotazníku pro všeobecné sestry.

Otázkou č. 11 byla zjišťována srozumitelnost předaných informací po operaci karcinomu prsu. Pro 93 % respondentů byly informace po operaci karcinomu prsu srozumitelné.

Psychickou podporu onkologicky nemocných zjišťovala otázka č. 14 dotazníku pro pacientky. Odpovídala na informovanost patientek o možnosti navštívit organizaci, která sdružuje onkologicky nemocné. 60 % patientek tuto informaci dostalo. Bc. Haičmanová ve své práci píše, že informace o možnosti využít psychologické konzultace bylo informováno 62 % respondentů, což je obdobný výsledek. Ve srovnání s výše uvedenou bakalářskou prací bylo dále v roce 2008 zjištěno, že edukace je zaměřena individuálně na pacientky a v polovině případů i na rodinné příslušníky. Pozitivní přínos psychické podpory pro onkologicky nemocné pacienty poskytované organizacemi sdružující onkologicky nemocné vyzdvihuje odborná literatura a Borchova zahraniční disertační práce (Haičmanová, 2008; Křivohlavý, 2002; Borch, 2013).

Křivohlavý ve své publikaci uvádí význam komunikačních dovedností s onkologicky nemocným pacientem a psychologické aspekty léčení onkologicky nemocných. Vyzdvihuje psychologickou pomoc a význam skupinových setkání onkologických pacientů v organizacích, sdružující onkologicky nemocné (Křivohlavý, 2002).

Potřebu dalších informací o diagnóze zjišťovala otázka č. 16. Více informací by uvítalo 77 % respondentů a to nejraději v tištěné podobě ve formě brožury, letáku, informační publikace (64 %). Převážná část těchto respondentů byla ve věkové kategorii nad 50 let. 20 % respondentů by uvítalo i větší aktivitu lékaře a všeobecné sestry, jednalo se převážně o pacientky se středním odborným vzděláním s maturitou, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

Otázka č. 18 zjišťovala, co považují všeobecné sestry za přínosné pro edukaci patientek po operaci karcinomu prsu. Kurz komunikace s pacienty s nádorovým onemocněním nejčastěji uváděli respondenti s délkou praxe nad 10 let (49 %). Přestože tito

respondenti jsou komunikačně dobře vybaveni a tyto dovednosti dokážou náležitě uplatnit, považují komunikaci s pacientem za jeden ze základních stavebních kamenů úspěšné edukace. Všeobecná sestra musí často pomoci pacientovi překonat jeho strach, pocit úzkosti, což vyplynulo i z odpovědí patientek na otázku č. 13. Adekvátní prostředí a dostatečný edukační materiál by uvítali respondenti s délkou praxe 0 – 10 let (36 %). Zde bych odpověď přičítala právě nejistotě ve vztahu se starší závažně nemocnou pacientkou, kdy si nezkušená všeobecná sestra může být nejistá v procesu edukace. Edukační materiál by proto uvítala jako významnou pomůcku v celém edukačním procesu. Svěráková jako významným faktor ovlivňující edukaci vyzdvihuje věk edukovaného (Svěráková, 2012).

## 5 Návrh doporučení pro praxi

Po zpracování výsledků výzkumu jsme zjistila několik zajímavých zjištění. Všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení mají dostatek informací o procesu edukace, co se týče délky edukačního procesu, zajištění prostředí edukace bez rušivých faktorů a využití edukačních materiálů k edukaci. Obsah edukace pacientek po operaci karcinomu prsu je mírně roztržštěný a některé znalosti by bylo vhodné ucelit do konceptu, například formou edukačního standardu. Tato myšlenka byla konzultována s Bc. Nesládkovou, MBA a ředitelkami ošetrovatelské péče obou zdravotnických zařízení, kde probíhal výzkum. Také ošetrovatelský tým není jednoznačně sladěn v edukačním procesu. Lékař edukační proces nastavuje, ale realizovat by ho měla všeobecná sestra, která tráví s pacientem více času. Vysoce přínosný je zájem všeobecných sester o zlepšení komunikačních dovedností s onkologicky nemocnými pacienty.

Pro zlepšení edukačního procesu pacientek po operaci karcinomu prsu navrhuji následující doporučení:

- Pro všeobecné sestry by bylo vhodné připravit přednášku na téma Edukace jako součást ošetrovatelského plánu se specifikací na pacientky po operaci karcinomu prsu. Tato přednáška by vyzdvihla obecné zásady edukačního procesu. Podrobně by byl představen edukační plán pro sestry pracující na chirurgických odděleních, pečující o pacientky po operaci karcinomu prsu.
- Zajistit realizaci kurzu komunikace pro všeobecné sestry pečující o onkologicky nemocné pacienty (téměř 60 % všeobecných sester zhodnotilo jako přínos pro edukaci pacientek po operaci prsu kurz komunikace).
- Zajištění adekvátního prostředí a vyčlenit důstojné prostory pro realizaci edukačního procesu.
- Na základě vytvořeného edukačního plánu vytvořit edukační standard pro všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení, pečující o pacientky po operaci karcinomu prsu. Po ověření pilotní verze edukačního standardu zařadit tento standard mezi standardy ošetrovatelské péče. Edukační plán byl vytvořen v souladu s dostupnou literaturou. (Magurová, 2009; Abrahámová, 2009; Edukační plán pro pacientky po operaci karcinomu prsu – viz příloha č. 10).

- Návrh výzkumného šetření, s cílem ověřit přínos zavedení výše uvedeného edukačního standardu v praxi, se zaměřením na všeobecné sestry a pacientky po operaci karcinomu prsu.

Navrhovaná řešení byla projednána v Krajské nemocnici Liberec, a.s. a byla přijata pozitivně Mgr. Fryaufovou, ředitelkou ošetrovatelské péče. Byl rozpracován časový harmonogram realizace navrhovaných řešení, včetně finančního zajištění zpracování edukačního standardu podle edukačního plánu (Edukační plán pro pacientky po operaci karcinomu prsu – viz příloha č. 10), s následným zavedením edukačního standardu do praxe (financování prostřednictvím Grantu na zlepšení kvality ošetrovatelské péče).



## 6 Závěr

Tato bakalářská práce byla věnována problematice jedné z rolí, kterou všeobecná sestra zastává v ošetrovatelském procesu. Byla to role sestry při edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu. Vysoký výskyt karcinomu prsu u žen řadí toto onemocnění v České republice na přední místo mezi ostatními nádorovými onemocněními a zasluhuje si pozornost veřejnosti.

V teoretické části jsem nejdříve shrnula aktuální poznatky o onemocnění karcinomu prsu, jeho diagnostiku, léčbu a ošetrovatelskou péči. Poté jsem se zaměřila na edukaci pacientky, nejprve z obecného pohledu a poté se zaměřením na cílovou skupinu pacientek po operaci karcinomu prsu.

Výzkumná část bakalářské práce byla vedena formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány všeobecným sestrám pracujícím na chirurgickém oddělení a pacientkám, které jsou zde hospitalizované po operačním řešení karcinomu prsu. Výzkumné šetření, které prověřilo obsah a formu edukace, faktory ovlivňující edukační proces, tak mohlo být vyhodnoceno z obou pólů pohledu na edukační proces.

Zajímavá zjištění byla vyzdvihnuta v diskusi a do praxe byla navržena doporučení, která by mohla náročnou práci všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení ulehčit. Z výzkumu vyplynulo, že všeobecné sestry znají nejčastější a nejzávažnější komplikace po operaci karcinomu prsu, přestože nerozlišují časový nástup komplikací. Všeobecné sestry edukují o režimových opatřeních, která by měla pacientka po operaci karcinomu prsu dodržovat a činnostech, které jsou pro pacientku po operaci karcinomu vhodné. Zpětnou vazbou byly tyto výsledky ověřeny u pacientek, které dokázaly režimová opatření vyjmenovat. Všeobecné sestry pro edukaci onkologicky nemocné pacientky citlivě vybrali individuální formu edukace, která zajišťuje optimalizovat edukační procesu konkrétní pacientky. Výzkumná část se zaměřila také na faktory, které edukaci ovlivňují. Všeobecná sestra je nejvíce ovlivněna nedostatkem času a pacientky uváděly nejčastěji strach a úzkost.

## 7 Seznam bibliografických citací

### Monografie:

1. ABRAHAMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Vydání 1. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2009, s. 19-132. ISBN 978-80-247-3063-9.
2. BÁRTLOVÁ, Sylvia et al. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vydání 1. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, s. 22. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. COUFAL, Oldřich, Vuk FAIT a kol. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Vydání 1. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2011. s. 11-396. ISBN 978-80-247-3641-9.
4. HYNIE, Sixtus. *Farmakologie v kostce*. Vydání 2. TRITON, 2001. s. 371. ISBN 80-7254-181-1.
5. CHOCENSKÁ, Eva, Heidi MÓCIKOVÁ, Kateřina DĚDEČKOVÁ. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Vydání 1. Praha: Forsapi, 2009, s. 30-39. ISBN 978-80-87250-02-0.
6. JANÁČKOVÁ, Laura, Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vydání 1. Praha: Portál, 2008, s. 11-88. ISBN 978-80-7367-477-9.
7. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Vydání 1. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2010, s.16 -71. ISBN 978-80-247-2171-2.
8. KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. Vydání 1. Galén, 2002, s. 495-513. ISBN 978-80-7262-151-4.
9. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Vydání 1. Galén, 2009, s. 599-622. ISBN 978-80-7262-657-1.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vydání 1. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2002, s. 122-128. ISBN 80-247-0479-0.
11. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Vydání 1. Praha: Portál, 2010, s. 21-240. ISBN 978-80-7367-684-1.
12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vydání 1. Praha: GRADA Publishing., a.s., 2009, s. 15. ISBN 978-80-247-2713-4.
13. MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Vydání 1. Martin: Osveta, 2009, s. 160. ISBN 978-808063-326-4.
14. PAVLIŠTA, David a kol. *Neinvazivní karcinomy prsu*. Vydání 1. MAXDORF, 2008, s. 13-130. ISBN 978-80-7345-173-8.

15. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vydání 3. doplněné. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2010, s. 9-58. ISBN 978-80-7013-542-2.
16. SILVER, Marc. *Moje žena má rakovinu prsu*. Vydání 1. Praha: Reader's Digest Výběr, spol. s r.o., 2006, s. 269-272. ISBN 80-86880-19-2.
17. SKOVAJSOVÁ, Miroslava. *O rakovině beze strachu*. Vydání 1. Mladá fronta, 2011, s. 29-32. ISBN 978-80-204-2184-5.
18. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Vydání 1. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2010, s. 261-271. ISBN 978-80-247-3130-8.
19. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. Vydání 1. Praha: Nakladatelství Galén, 2012, s. 23-47. ISBN 978-80-7262-845-2.
20. ŠKRLA, Petr a Magda. *Kreativní ošetrovateľský management*. Vydání 1. Praha: Advent – Orion, 2003, s. 368-397. ISBN 80-7172-841-1.
21. VORLÍČEK, Jiří. *Klinická onkologie pro sestry*. Vydání 1., přepracované a doplněné. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2012, s.70-88, 339-364. ISBN 978-80-247-3742-3.
22. ZACHAROVÁ, E. a kol. *Zdravotnická psychologie*. Vydání 1. Praha: GRADA Publishing., a.s., 2007, s. 62-92. ISBN 978-80-247-2068-5.

#### **Odborná periodika:**

23. *Edukační sborník XXXVI. Brněnské onkologické dny 2012*, MOU Brno, Tuček, 2012, abstrakt 43, s. 86. ISBN:978-80-86793-23-8
24. FIŠAROVÁ, L. a M.PACHROVÁ. Rehabilitace pacientek po operaci karcinomu prsu. *Sestra*, 2012, ročník 22, č. 2, s. 54 – 55. ISSN: 1210-0404
25. MACHÁČKOVÁ, R. Zásady ošetrovateľské péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu. *Sestra*, 2010, ročník 20, č. 7 – 8, s. 69 – 70. ISSN: 1210-0404
26. RYŠKA, Aleš. Novinky v histopatologickém vyšetřování karcinomu prsu, *Farmakoterapie*, 2010, ročník 6, říjen 2010, s. 14. ISBN 18 - 1209

#### **Absolventské práce:**

27. HAIČMANOVÁ, Hana. *Edukace pacientek s karcinomem prsu v Masarykově onkologickém ústavu*, bakalářská práce, Brno 2008. Dostupné z: [http://is.muni.cz/thesis/prace\\_na\\_stejne\\_tema.pl?lang=en;id=213294](http://is.muni.cz/thesis/prace_na_stejne_tema.pl?lang=en;id=213294)
28. BORCH, Kristin Benjaminsen, *Physical activity, mortality and breast cancer risk*, A dissertation for degree of Philosophiae Doctor, Tromsø, Norway, 2013. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDYQ>

FjAB&url=http%3A%2F%2Fmunin.uit.no%2Fbitstream%2Fhandle%2F10037%2F5061%2Fthesis.pdf%3Fsequence%3D2&ei=04VBU7e3C4nCtAb3wYHABw&usg=AFQjCNG3ZizbYJW7ROfyEwI2lWUVGA4MVA&bvm=bv.64367178,d.Yms

**Zahraniční zdroje:**

29. *CTR - AARC San Antonio Breast Cancer Symposium. 31st Annual San Antonio Breast Cancer Symposium*, San Antonio, Texas, USA, 2008 Abstracts, s. 85-87 (Sentinel Nodes 201-207)

**Jiné internetové zdroje:**

30. ÚZIS ČR. Nádory prsu, ženy: *Časový vývoj hrubé incidence a mortality k roku 2010* [online] 1.4.2014 [vid. 2014-04-4]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/report.php?diag=C50>

31. ÚZIS ČR. Nádory prsu, ženy: *Věková struktura pacientů roku 2010* [online] 1.4.2014 [vid. 2014-04-4]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/report.php?diag=C50>

32. ÚZIS ČR. Nádory prsu, ženy: *Zastoupení klinických stádií v čase k roku 2010* [online] 1.4.2014 [vid. 2014-04-4]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/report.php?diag=C50>

33. *Arcus SOP Liberec. Společnost onkologických pacientů, jejich rodinných příslušníků a přátel.* [online] 25.3.2014 [vid. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://arcus-liberec.cz/o-organizaci/>

## **8 Seznam příloh**

Příloha č. 1 Časový vývoj hrubé incidence a mortality

Příloha č. 2 Věková struktura pacientů

Příloha č. 3 Zastoupení klinických stadií v čase

Příloha č. 4 Klasifikace rozsahu karcinomu prsu dle TNM (COUFAL, 2011)

Příloha č. 5 Základní diagnostický algoritmus u léze podezřelé z karcinomu prsu

Příloha č. 6 Základní algoritmus chirurgické léčby karcinomu prsu

Příloha č. 7 Popis fází edukačního procesu

Příloha č. 8 Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha č. 9 Dotazník pro pacientky po operaci karcinomu prsu

Příloha č. 10 Edukační plán

Příloha č. 11 Protokol k provádění výzkumu Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Příloha č. 12 Protokol k provádění výzkumu Nemocnice Jablonec n/ N, p.o.

## Seznam tabulek

Tab. 1 Věk respondentů

Tab. 2 Pohlaví respondentů

Tab. 3 Vzdělání respondentů

Tab. 4 Délka praxe všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení

Tab. 5 Názor všeobecných sester na informovanost pacientek o karcinomu prsu

Tab. 6 Názor všeobecných sester na informovanost pacientek o léčebném režimu

Tab. 7 Znalost nejčastějších raných pooperačních komplikací vyjmenovaných všeobecnými sestrami

Tab. 8 Znalost všeobecných sester o zahájení rehabilitace u pacientky po operaci karcinomu prsu

Tab. 9 Nejčastější režimová opatření po operaci karcinomu prsu uváděná všeobecnými sestrami

Tab. 10 Činnosti, uváděné všeobecnými sestrami, do kterých by se měla pacientka po operaci karcinomu prsu zapojit

Tab. 11 Způsob provádění edukace pacientek po operaci karcinomu prsu

Tab. 12 Forma edukace u pacientky po operaci karcinomu prsu uvedená všeobecnými sestrami

Tab. 13 Způsob ověření porozumění předaným informacím uvedený všeobecnými sestrami

Tab. 14 Délka edukace uvedená všeobecnými sestrami

Tab. 15 Rušivý faktor ovlivňující proces edukace uvedený všeobecnými sestrami

Tab. 16 Uvedení přítomnost edukačního standardu na oddělení všeobecnými sestrami

Tab. 17 Zdroje získávání nových, aktuálních poznatků o diagnostice, léčbě a ošetřování pacientek s karcinomem prsu uvedené všeobecnými sestrami

Tab. 18 Přínos pro edukaci pacientek po operaci prsu uvedený všeobecnými sestrami

Tab. 19 Věk respondentů

Tab. 20 Vzdělání respondentů

Tab. 21 Ověření poskytnutí informací o komplikacích po operaci všeobecnou sestrou pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 22 Komplikace po operaci karcinomu prsu uváděné pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 23 Zdroj nejčastějších informací o komplikacích po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami

Tab. 24 Nejčastější režimová opatření po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 25 Zdroj nejčastějších informací o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 26 Péče o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 27 Zdroj nejčastějších informací o péči o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 28 Vhodnost provádění pohybových cvičení po operaci karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 29 Názor pacientek po operaci karcinomu prsu na srozumitelnost předaných informací od všeobecné sestry

Tab. 30 Forma edukace ze strany sester, uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 31 Rušivý faktor ovlivňující proces edukace uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 32 Informovanost pacientek po operaci karcinomu prsu o patientských organizacích

Tab. 33 Největší zdroj informací o diagnostice a léčbě onemocnění uváděný pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 34 Potřeba dalších informací o diagnóze karcinomu prsu uváděná pacientkami po operaci karcinomu prsu

Tab. 35 Ověření hypotézy č. 1

Tab. 36 Ověření hypotézy č. 2

Tab. 37 Ověření hypotézy č. 3

Tab. 38 Ověření hypotézy č. 4

Tab. 39 Ověření hypotézy č. 5

Tab. 40 Ověření hypotézy č. 6

Tab. 41 Ověření hypotézy č. 7

## **Seznam grafů**

Graf 1 Délka praxe všeobecných sester ve zdravotnickém zařízení

Graf 2 Znalost nejčastějších raných pooperačních komplikací vyjmenovaných všeobecnými sestrami

Graf 3 Znalost všeobecných sester o zahájení rehabilitace u pacientky po operaci karcinomu prsu

Graf 4 Způsob provádění edukace patientek po operaci karcinomu prsu všeobecnými sestrami

Graf 5 Způsob ověření porozumění předaným informacím uvedený všeobecnými sestrami

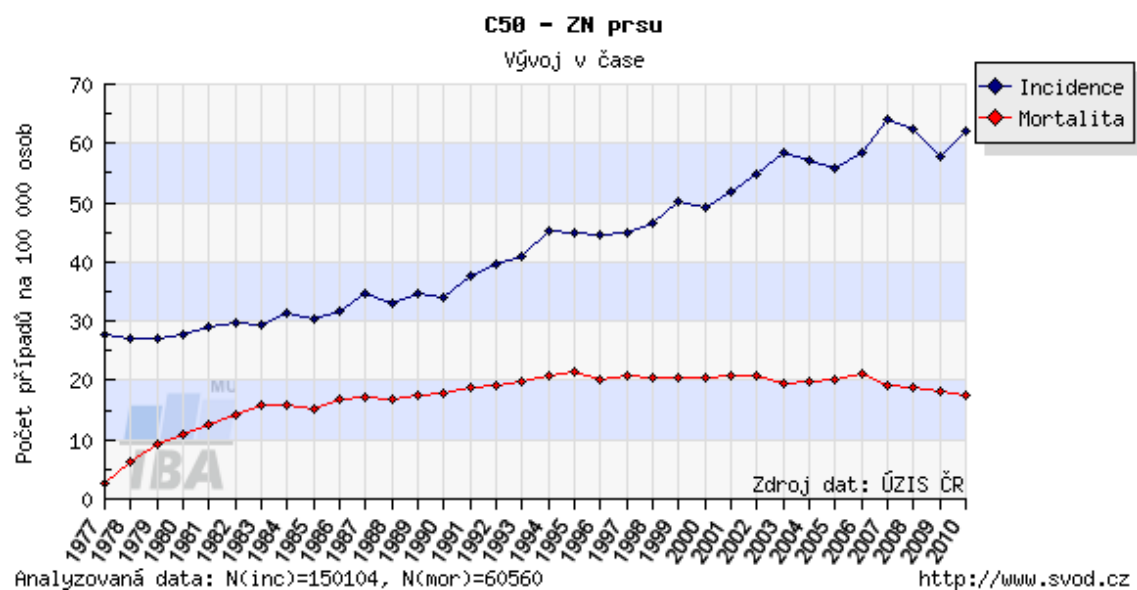
Graf 6 Délka edukace uvedená všeobecnými sestrami

Graf 7 Komplikace po operaci karcinomu prsu uváděné patientkami po operaci karcinomu prsu

Graf 8 Péče o jizvu po operaci karcinomu prsu uváděná patientkami po operaci karcinomu prsu

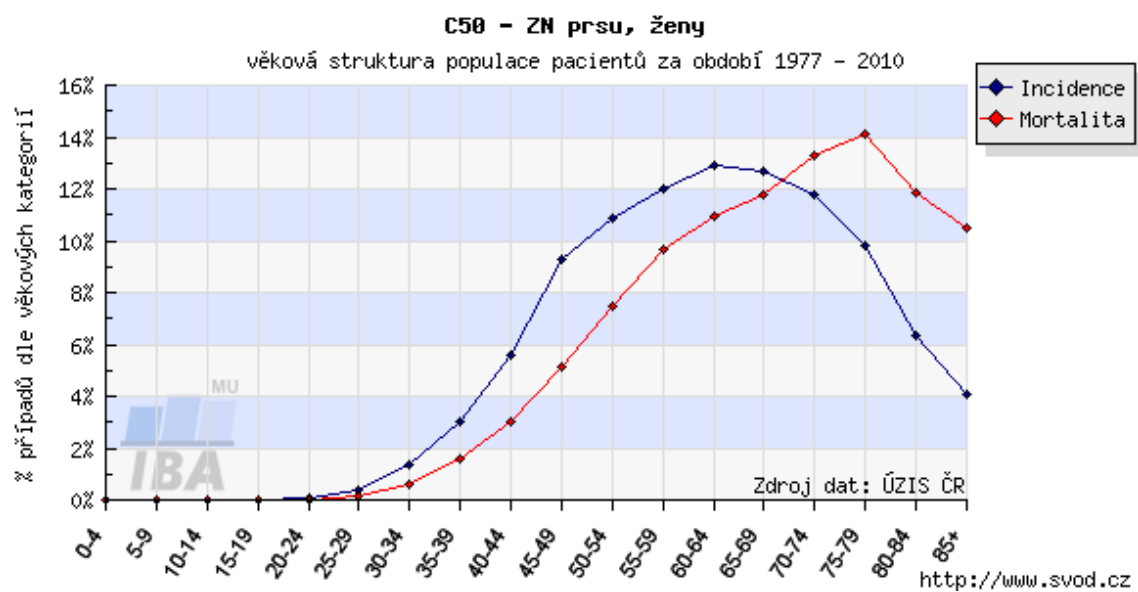


Příloha č. 1 Časový vývoj hrubé incidence a mortality



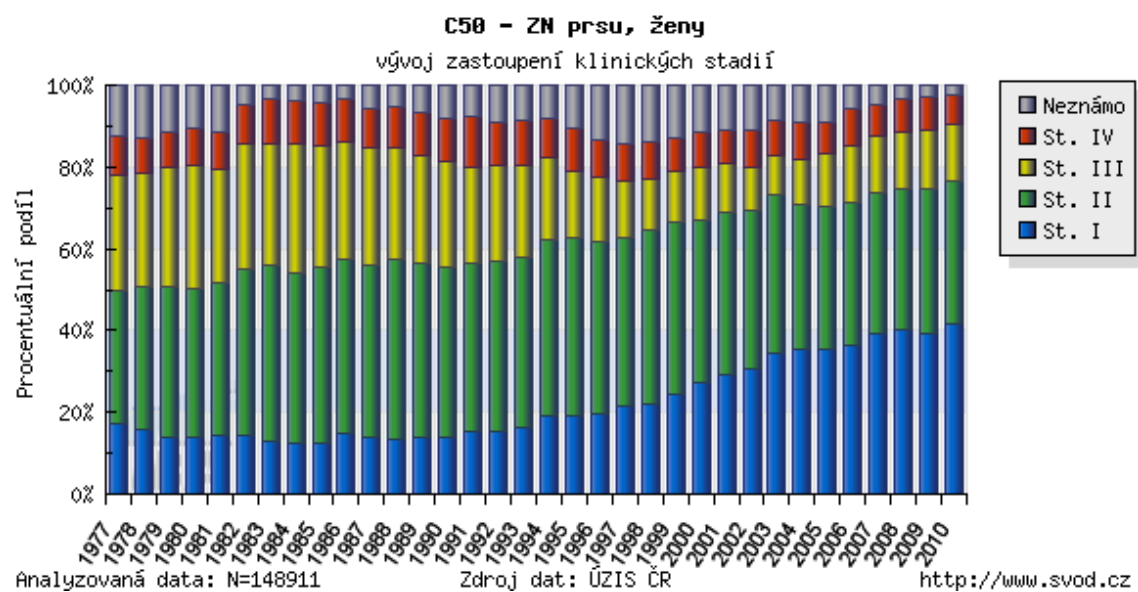
Graf č. 1 Časový vývoj hrubé incidence a mortality (ÚZIS ČR, 2010)

Příloha č. 2 Věková struktura pacientů



Graf č. 2 Věková struktura pacientů (ÚZIS ČR, 2010)

Příloha č. 3 Zastoupení klinických stadií v čase



Graf č. 3 Zastoupení klinických stadií v čase (ÚZIS ČR, 2010)

Příloha č. 4 Klasifikace rozsahu karcinomu prsu dle TNM

Tab. 1 Hodnocení stupně pokročilosti primárního nádoru (COUFAL, 2011)

TX		Primární nádor nelze hodnotit
T0		Bez známek primárního nádoru
Tis		Karcinom in situ
	Tis (DCIS)	Duktální karcinom in situ
	Tis (LCIS)	Lobulární karcinom in situ
	Tis (Paget)	Pagetova choroba bradavky bez jiného nádoru
T1		Nádor 2cm nebo méně v největším rozměru
	T1mie	Mikroinvaze 0,1cm nebo méně v největším rozměru
	T1a	Větší než 0,1cm, ne však více než 0,5cm
	T1b	Větší než 0,5cm, ne však více než 1cm
	T1c	Větší než 1cm, ne však více než 2cm
T2		Nádor větší než 2cm, ne však více než 5cm v největším rozměru
T3		Nádor větší než 5cm v největším rozměru
T4		Nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do stěny hrudní nebo do kůže
	T4a	Šíření na stěnu hrudní (mimo pectorální svaly)
	T4b	Edém nebo ulcerace kůže prsu nebo satelitní kožní uzly omezené na týž prs
	T4c	Kritéria 4a a 4b současně
	T4d	Inflamatorní karcinom

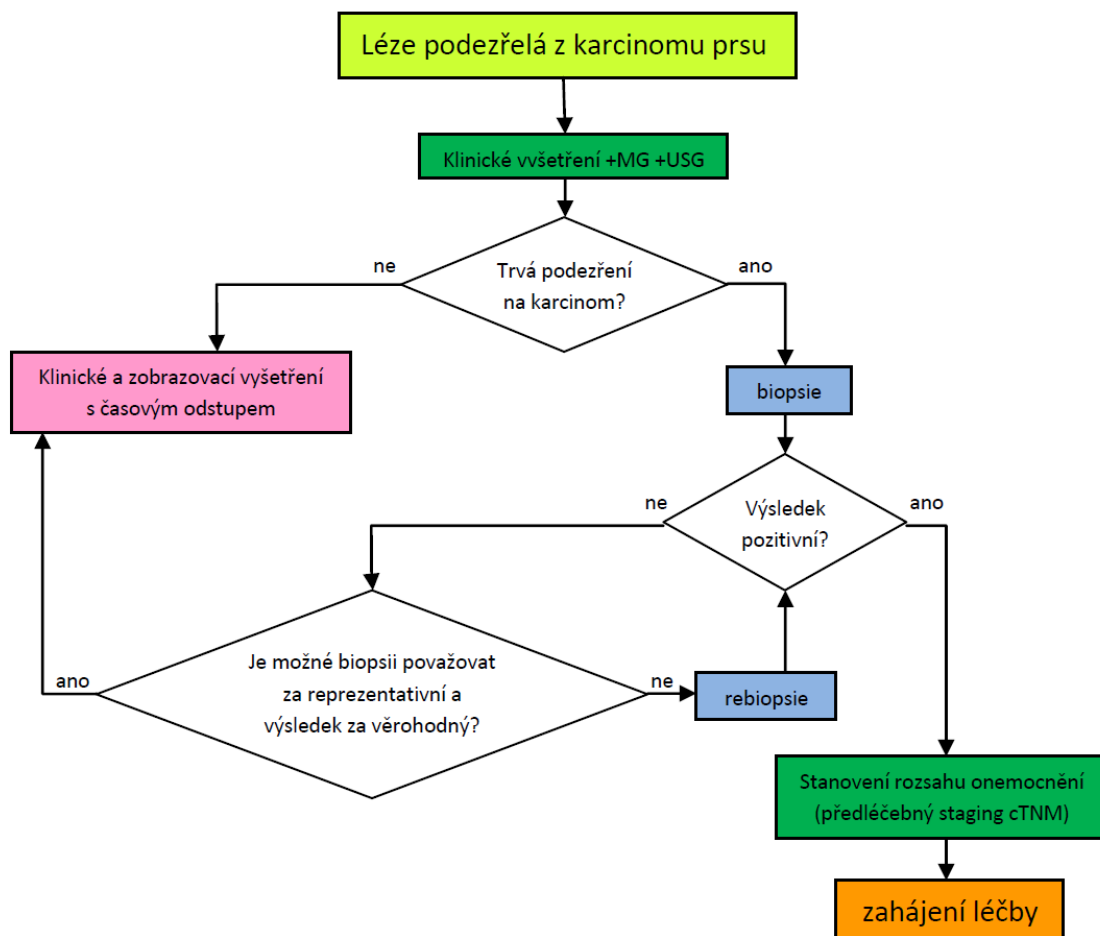
Tab. 2 Hodnocení stavu regionálních mízních uzlin

NX	Regionální uzliny nelze hodnotit
NO	V regionálních uzlinách nejsou metastázy
N1	Metastázy v pohyblivé stejnostranné axilární uzlině (uzlinách)
N2	Metastázy ve fixované stejnostranné axilární uzlině (uzlinách), nebo metastázy ve vnitřní mahární uzlině (uzlinách) bez klinicky evidentních metastáz v axilárních uzlinách
N3	Metastázy ve stejnostranných infraklavikulárních nebo supraklavikulárních uzlinách, nebo současně metastázy v axilárních a vnitřních mahárních uzlinách

Tab. 3 Hodnocení přítomnosti vzdálených metastáz

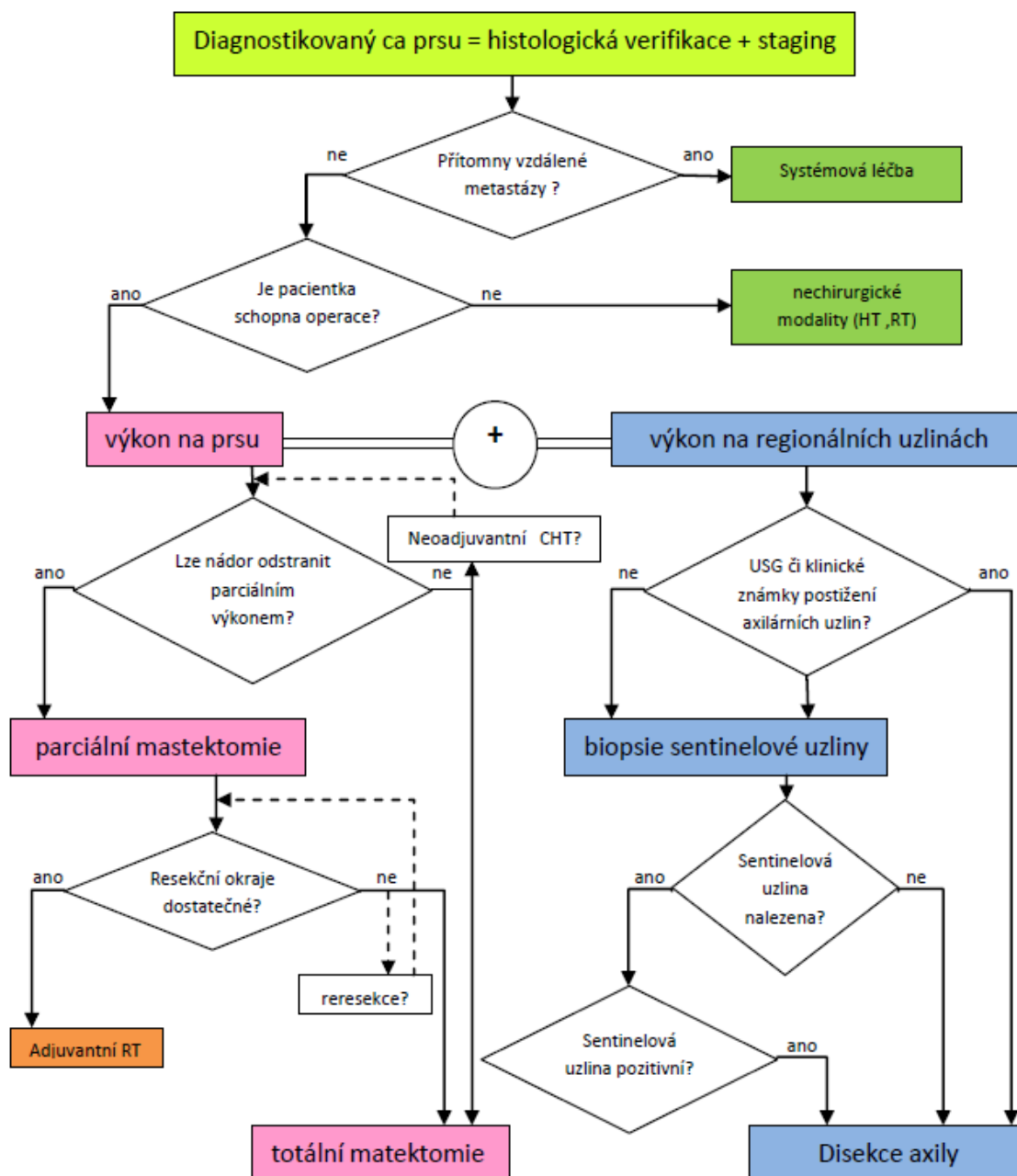
MX	Vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	Nejsou vzdálené metastázy
M1	Vzdálené metastázy

Příloha č. 5 Základní diagnostický algoritmus u léze podezřelé z karcinomu prsu



Obr. 1 Základní diagnostický algoritmus u léze podezřelé z karcinomu prsu (COUFAL, 2011)

Příloha č. 6 Základní algoritmus chirurgické léčby karcinomu prsu



Obr. 2 Základní algoritmus chirurgické léčby karcinomu prsu (COUFAL, 2011)

## Příloha č. 7 Popis fází edukačního procesu

Edukační proces můžeme rozdělit do pěti fází:

- 1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky – tato fáze je zaměřena na zjištění údajů o pacientovi, jeho názorech na hodnotu vlastního zdraví, úrovně dosavadních vědomostí a dovedností, odhodlání přijmout navrhované změny, důležitou roli hraje také věk pacienta, společenské a ekonomické faktory, v úvahu je potřeba také brát dosažené vzdělání a jeho úrovní přizpůsobit úroveň komunikace, po vyhodnocení získaných informací určíme edukační potřeby. Tato fáze je důležitá pro stanovení cílů.
- 2. Fáze projektování – tato fáze určuje přesné cíle edukace, osoby zahrnuté do edukace, je zvolena vhodná metoda a forma edukace, je vybráno vhodné prostředí, časový prostor a jsou zvoleny nástroje k vyhodnocení procesu edukace.
- 3. Fáze realizace – v této fázi vycházíme ze stanovených cílů a zaměřujeme se na jejich naplnění při zapojení celého multidisciplinárního týmu. Úspěch edukace může ovlivnit, jak řada faktorů, které musíme zohlednit, aby nenarušovaly celý proces edukace, tak i příprava celé realizace. Příprava realizace je zaměřena na přípravu zdravotníka, přípravu může usnadnit edukační standard, pokud je k dispozici. Další část je zaměřena na přípravu edukanta, který by měl být seznámen s důvodem, proč je edukován a důležitá je i příprava prostředí a materiálního zabezpečení. Nenarušený proces edukace zvýší pravděpodobnost dosažení edukačního cíle.
- 4. Fáze upevnění a prohlubování učiva – tato fáze je často opomíjena, ale opakování a procvičování je jedním z předpokladů zapamatování nových poznatků.
- 5. Fáze zpětné vazby – v této fázi hodnotíme, jak výsledky edukanta, tak naše, hodnotit můžeme v průběhu edukace nebo na jejím konci, v případě nesplnění cílů je třeba přehodnotit proces edukace a proces upravit.

O edukaci provádíme záznam do dokumentace, tím poskytujeme informaci celému multidisciplinárnímu týmu, záznam chrání sestry před případnými stížnostmi, pacient stvrzuje pochopení výkladu svým podpisem, což je důležitý moment, při kterém si pacient uvědomuje závažnost edukace a odpovědnost za své chování. Další oblastí hodnocení může být anonymní dotazníkové šetření názorů edukantů na edukační proces označované jako evaluace edukace jejími účastníky či evaluace organizační stránky edukace, kdy hodnotíme edukační plány, záznamy (Svěráková, 2012; Juřeníková, 2010).

### Dotazník pro všeobecné sestry

Dobrý den,  
jmenuji se Jaroslava Knapová a jsem studentkou bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o chvíli Vašeho času k vyplnění dotazníku, který je anonymní a dobrovolný a jeho výsledky budou použity v bakalářské práci, kterou jsem zaměřila na problematiku nádorového onemocnění prsu.

V dotazníku prosím zakroužkujete vždy jen jednu Vám nejbližší odpověď, pokud není vyznačeno jinak. Volné odpovědi prosím vepište do připravených řádků.

Předem děkuji za ochotu, spolupráci a Váš čas.

Jaroslava Knapová

1. Uveďte prosím Váš věk: .....

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské, získaný titul: Bc, Mgr. (prosím zakroužkujte)
- d) jiné: ..... (prosím uveďte)

- 4. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?
  - a) 0-10 let
  - b) 11-20 let
  - c) 21 a více let
- 5. Myslíte si, že mají pacientky s karcinomem prsu dostatek informací o svém onemocnění?
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
- 6. Myslíte si, že mají pacientky informace o léčebném režimu po operaci karcinomu prsu?
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
- 7. Vyberte, jaké jsou nejčastější ranné pooperační komplikace po operaci karcinomu prsu. (Můžete uvést více možností.)
  - a) Serom
  - b) Hematom
  - c) Lymfédém
  - d) Nevím



8. Kdy je vhodné zahájit rehabilitaci u pacientky po operaci prsu?
- a) Od prvního dne po operaci
  - b) Po vytažení Redonova drénu
  - c) Po odstranění stehů
  - d) Nevím
9. Jaká jsou nejčastější režimová opatření, které by měla pacientka po operaci karcinomu prsu dodržovat? (Můžete uvést více možností.)
- a) Vyvarovat se měření krevního tlaku, odběrům krve a aplikaci injekcí na končetině, na operované straně
  - b) Neležet na operované straně
  - c) Ve sportovní aktivitě není nutno se nijak omezovat
  - d) Neprovádět namáhavou práci a veškeré aktivity provádět jen do únavy
  - e) Vyvarovat se přímému slunění, pobytu v sauně a horké vodě
  - f) Zařadit pravidelné procházky a pobyt na čerstvém vzduchu
  - g) Vyvarovat se psychické zátěži a stresu
  - h) Výživu upravit tak, aby bylo BMI v hodnotě 20-25, zajistit stravu bohatou na bílkoviny, vitamíny a minerály, dodržovat pitný režim
  - i) Pravidelně provádět samovyšetřování prsů
  - j) Nevím
10. Do jakých činností by se pacientka po operaci karcinomu prsu měla zapojit? (Můžete uvést více možností.)
- a) Plavání a cvičení ve vodě
  - b) Tenis a golf
  - c) Procházky na čerstvém vzduchu
  - d) Jednostranně namáhavá práce
  - e) Pobyt na slunci, pobyt v sauně a horké vodě
  - f) Cvičení uvolňující psychickou zátěž a stres např.: aromaterapie apod.
  - g) Neprovádět žádnou pohybovou aktivitu na operované straně
  - h) Nevím
11. Jakým způsobem provádíte edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu? (Můžete uvést více možností.)
- a) Rozhovor
  - b) Informační leták / brožura
  - c) Video
  - d) Praktický nácvik
  - e) Jinak (prosím, uveďte): .....
12. Jakou formou edukujete pacientky po operaci karcinomu prsu?
- a) Individuální
  - b) Skupinová
  - c) Hromadná

13. Jakým způsobem si ověřujete, že pacientka po operaci karcinomu prsu porozuměla předaným informacím? (Můžete uvést více možností.)
- a) Rozhovor
  - b) Kontrolní otázky
  - c) Neověřuji
  - d) Provedení praktické ukázky pacientkou
  - e) Jinak (prosím, uveďte): .....
14. Kolik času edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu věnujete?
- a) 20 min
  - b) 30 min
  - c) Nevím
  - d) Jinak (prosím uveďte): .....
15. Vyskytl se v průběhu edukace nějaký rušivý faktor, který by proces edukace pacientky po operaci karcinomu prsu ovlivnil? (Můžete uvést více možností.)
- a) Bolest u pacientky po operaci karcinomu prsu
  - b) Nedostatek soukromí
  - c) Strach a úzkost
  - d) Nedostatek časového prostoru
  - e) Nedostatečný edukační materiál k prostudování
  - f) Hluk, telefon
  - g) Jiné, prosím uveďte: .....

16. Máte na oddělení vypracovaný edukační standard pro pacientky po operaci prsu?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
17. Odkud získáváte nejvíce nových, aktuálních poznatků o diagnostice, léčbě a ošetřování pacientek s nádorovým onemocněním prsu? (Můžete uvést více možností.)
- a) Odborné vzdělávací akce (semináře, konference...)
  - b) Od lékaře na oddělení
  - c) Internet, časopisy, knihy
  - d) Jinak (prosím, uveďte): .....
18. Co by bylo přínosem pro edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu? (Můžete uvést více možností.)
- a) Dostatek informací a novinek v této problematice – semináře
  - b) Dostatečný edukační materiál (letáčky, brožurky)
  - c) Adekvátní prostředí pro edukaci
  - d) Kurz komunikace s pacienty s nádorovým onemocněním
  - e) Nevím
  - f) Další (prosím, uveďte): .....

### Dotazník pro pacientky po operaci karcinomu prsu

Dobrý den,

jmenuji se Jaroslava Knapová a jsem studentkou bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o chvíli Vašeho času k vyplnění dotazníku, který je anonymní a dobrovolný a jeho výsledky budou použity v bakalářské práci, kterou jsem zaměřila na problematiku nádorového onemocnění prsu.

V dotazníku prosím zakroužkujte vždy jen jednu Vám nejbližší odpověď, pokud není vyznačeno jinak. Volné odpovědi prosím vepište do připravených řádků.

Předem děkuji za ochotu, spolupráci a Váš čas.

Jaroslava Knapová

1. Uveďte prosím Váš věk : .....

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

- a) Základní
- b) Střední odborné bez maturity
- c) Střední odborné s maturitou
- d) Vysokoškolské
- e) Vyšší odborné
- f) Jiné, prosím uveďte: .....

3. Byly Vám poskytnuty informace o možných komplikacích po operaci karcinomu prsu?

- a) Ano, uveďte prosím, kdo Vám tyto informace poskytl  
.....
- b) Ne

4. Můžete vyjmenovat možné komplikace po operaci karcinomu prsu (uveďte situace, při kterých byste vyhledala lékaře)?  
.....

5. Kdo Vás o komplikacích informoval?.....

6. Jaká jsou nejčastější režimová opatření, která byste měla po operaci karcinomu prsu dodržovat? (Prosím, vyjmenujte je)  
.....

7. Kdo Vás o režimových opatřeních informoval? .....

8. Jakým způsobem byste měla pečovat o jizvu? (Prosím, popište)  
.....

9. Kdo Vás o péči o jizvu informoval? .....

10. Je vhodné po operaci prsu provádět pohybová cvičení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11. Byly informace, které Vám byly předány po operaci karcinomu prsu, srozumitelné?

- a) Ano
- b) Ne

12. Jakou formou jste ( Vám byly informace předané) byla edukovaná?

- a) Individuální (přítomnost Vaše a edukanta)
- b) Skupinová (přítomnost několika pacientek po operaci karcinomu prsu a edukanta)
- c) Hromadná (přítomnost většího množství pacientek po operaci karcinomu prsu a edukanta)

15. Odkud jste získala nejvíce informací o diagnostice a léčbě pacientek s nádorovým onemocněním prsu?

- a) Od ošetřujícího lékaře
- b) Od všeobecné sestry
- c) Internet, časopisy, knihy
- d) Jinak, prosím uveďte:

.....

13. Vyskytl se v průběhu předávání informací (edukace) nějaký rušivý faktor, který by Váš výukový proces Vaší (edukace) ovlivnil? (Můžete uvést více možností)

- a) Bolest po operaci karcinomu prsu
- b) Nedostatek soukromí
- c) Strach a úzkost
- d) Nedostatek časového prostoru
- e) Nedostatečný edukační materiál k prostudování
- f) Hluk, telefon
- g) Jiné, prosím uveďte:

.....

16. Uvítala byste další informace ohledně diagnózy karcinomu prsu?  
a) Ano, uveďte prosím, v jaké podobě:

.....

- a) Ne

14. Byla jste informovaná o možnosti navštívit organizaci, která sdružuje onkologicky nemocné pacienty ve Vašem regionu?

- a) Ano
- b) Ne

**Edukační plán pro pacienty po operaci karcinomu  
prsu**

# **Edukační plán pro pacienty po operaci karcinomu prsu**

**Charakteristika plánu:** edukační plán

**Cíle:**

- Edukovat pacienta o pooperačních komplikacích po operaci karcinomu prsu.
- Dosáhnout u pacienta dodržování zásad péče o jizvu po operaci karcinomu prsu.
- Edukovat pacienta o pohybových cvičeních vhodných po operaci karcinomu prsu.
- Edukovat pacienta o režimových opatřeních, která směřují především k prevenci vzniku lymfedému.
- Zajistit pacientovi dostatek informací o možnosti pomoci psychologa a existence patientských organizací sdružující onkologicky nemocné pacienty.

**Cílová skupina:** hospitalizovaní pacienti po operaci karcinomu prsu.

**Datum použití:...**

**Datum kontroly:**

- **V průběhu hospitalizace:** po operaci karcinomu prsu – od získání teoretických znalostí až do propuštění do domácího prostředí.

**Kontrolu vykonal:**

- staniční sestra oddělení,
- hlavní sestra – náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

**Podpis zdravotnického pracovníka:...**

**Kritéria struktury:**

**S<sub>1</sub>: Pracovníci:** všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu, fyzioterapeut.

**S<sub>2</sub>: Prostředí:** nemocniční prostředí, nemocniční pokoj.

**S<sub>3</sub>: Pomůcky:** dostupný informační materiál

**S<sub>4</sub>: Dokumentace:** zdravotnická/ošetrovatelská dokumentace pacienta.

### **Kritéria procesu:**

**P<sub>1</sub>:** Sestra odebere ošetrovatelskou anamnézu od pacienta se zaměřením na aktuální či potenciální ošetrovatelské problémy.

**P<sub>2</sub>:** Sestra posoudí:

- aktuální zdravotní stav pacienta,
- schopnost pacienta porozumět předávaným informacím,
- přítomnost možných komunikačních bariér,
- dosavadní informace pacienta o diagnóze karcinomu prsu,
- úroveň spolupráce pacienta, názor na hodnotu zdraví.

**P<sub>3</sub>:** Sestra vypracuje edukační plán ve spolupráci s pacientem.

**P<sub>4</sub>:** Sestra edukuje pacienta:

- o významu potřeby znát pooperační komplikace po operaci karcinomu prsu:
  - pacient rozpozná příznaky ranných komplikací – serom, hematom a ranná infekce,
  - pacient rozpozná příznaky pozdních komplikací – postmastektomický bolestivý syndrom a lymfedém,
- o významu dodržování zásad péče o jizvu po operaci karcinomu prsu:
  - pacient umí pečovat o jizvu,
  - pacient umí provádět tlakovou masáž a zná četnost užití této techniky,
- o pohybových cvičeních vhodných po operaci karcinomu prsu,
- o režimových opatřeních, která směřují především k prevenci vzniku lymfedému,
- o možnosti pomoci psychologa a existence patientských organizací sdružující onkologicky nemocné pacienty.

**P<sub>5</sub>:** Sestra usiluje o intenzivní zapojení pacienta do edukačního procesu, motivuje ho k jejímu dodržování.

**P<sub>6</sub>:** Sestra zajistí pacientovi dostatečné množství tištěných informačních materiálů o karcinomu prsu a režimu po operaci karcinomu prsu.

**P<sub>7</sub>:** Sestra kontroluje a hodnotí:

- vztah pacienta k přijímaným informacím,
- aktivitu pacienta během edukačního procesu,
- zájem pacienta o další informace.

**P<sub>8</sub>:** Sestra si po realizaci edukačního programu ověří:

- zda má pacient dostatek informací o pooperačních komplikacích, a zda jim dostatečně porozuměl,
- zda pacient dodržuje zásady péče o jizvu po operaci karcinomu prsu,
- zda má pacient dostatek informací o pohybových cvičeních a režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu, a zda jim dostatečně porozuměl,
- zda klient projevuje zájem o možnost pomoci psychologa a existence patientských organizací sdružující onkologicky nemocné pacienty.

**P<sub>9</sub>:** Sestra správně zaznamená do dokumentace pacienta potřebné údaje.

### **Kritéria výsledku:**

**V<sub>1</sub>:** Pacient verbalizuje pochopení předaných informací o pooperačních komplikacích – významu rozpoznat varovné příznaky, nutnosti vyhledat lékařskou pomoc.

**V<sub>2</sub>:** Pacient dodržuje zásady péče o jizvu po operaci karcinomu prsu.

**V<sub>3</sub>:** Pacient si uvědomuje možná rizika vyplývající z nedokonalé o jizvu po operaci karcinomu prsu – špatné hojení, porucha měkkých tkání v oblasti jizvy.

**V<sub>4</sub>:** Pacient verbalizuje pochopení předaných informací o pohybových cvičeních a zná techniku jejich provedení, ví na koho se obrátit v případě potřeby.

**V<sub>5</sub>:** Pacient si uvědomuje možná rizika vyplývající z nedodržování režimových opatření po operaci karcinomu prsu, se zaměřením na lymfedém.

**V<sub>6</sub>:** Pacient ví, kde vyhledat pomoc psychologa, a kde se nachází v místě jeho bydliště organizace sdružující onkologicky nemocné pacienty.

**V<sub>7</sub>:** Pacient má dostatek tištěných informačních materiálů o karcinomu prsu a režimu po operaci karcinomu prsu.

**V<sub>8</sub>:** V dokumentaci pacienta je edukace správně zaznamenána.



## Ošetrovateľský audit:

Vyhodnocení splnění edukačního plánu: „Edukační plán pacienta po operaci karcinomu prsu.“

Auditoři:...

Datum:...

### Metody:

- otázka pro sestru
- otázka pro pacienta
- pozorování sestry při edukaci
- pozorování pacienta po operaci karcinomu prsu
- kontrola pomůcek
- kontrola prostředí
- kontrola zdravotnické/ošetrovateľské dokumentace

### STRUKTURA

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
S1	Edukaci pacienta provádí kompetentní nelékařský zdravotnický pracovník/sestra?	Otázka pro sestru		
S2	Odpovídá prostředí potřebám pro edukaci?	Kontrola prostředí		
S3	Má sestra k dispozici potřebné pomůcky?	Kontrola pomůcek		
S4	Má sestra k dispozici dokumentaci pacienta?	Kontrola zdravotnické a ošetrovateľské dokumentace		

### PROCES

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
P1	Odebrala sestra správně ošetrovateľskou anamnézu, diagnostikovala aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy pacienta?	Kontrola ošetrovateľské dokumentace		
P2	Posoudila sestra správně kritéria uvedená v P2?	Kontrola ošetrovateľské dokumentace		
P3	Vypracovala sestra edukační plán ve spolupráci s pacientem?	Kontrola ošetrovateľské dokumentace Otázka pro pacienta		
P4	Realizovala sestra edukační proces dle kritérií uvedených v P4?	Pozorování sestry při edukaci		
P5	Usilovala sestra o zapojení pacienta do edukačního procesu, motivovala ho k jejímu dodržování?	Otázka pro sestru Otázka pro pacienta		

<b>P6</b>	Zajistila sestra pacientovi dostatečné množství informačních materiálů?	Otázka pro pacienta		
<b>P7</b>	Kontrolovala sestra dodržování zásad péče o jizvu ze strany pacienta?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace Otázka na sestru		
<b>P8</b>	Ověřila sestra zvládnutí celé problematiky pacientem a jeho zájem o pooperační režim?	Otázky pro sestru		
<b>P9</b>	Zaznamenala sestra správně potřebné údaje do dokumentace pacienta?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		

### VÝSLEDEK

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
<b>V1</b>	Verbalizuje pacient pochopení předaných informací o pooperačních komplikacích?	Otázka pro pacienta		
<b>V2</b>	Dodržuje pacient zásady péče o jizvu po operaci karcinomu prsu?	Pozorování pacienta po operaci		
<b>V3</b>	Uvědomuje si pacient možná rizika vyplývající z nedokonalé o jizvu po operaci karcinomu prsu?	Otázka pro pacienta		
<b>V4</b>	Verbalizuje pacient pochopení předaných informací o pohybových cvičeních a zná techniku jejich provedení?	Otázka pro pacienta		
<b>V5</b>	Uvědomuje si pacient možná rizika vyplývající z nedodržování režimových opatření po operaci karcinomu prsu?	Otázka na pacienta		
<b>V6</b>	Pacient ví, kde vyhledat pomoc psychologa, kde se nachází patientská organizace pro onkologicky nemocné?	Otázka na pacienta		
<b>V7</b>	Má pacient dostatek tištěných informačních materiálů o karcinomu prsu a režimu po operaci karcinomu prsu?	Otázka na pacienta		
<b>V8</b>	Je edukace správně zaznamenána v dokumentaci pacienta?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		

### HODNOCENÍ AUDITU

Maximální počet získaných bodů	21
Počet bodů	
Vyhověl/a	18 a více
Nevyhověl/a	17 a méně

(Ano-1 bod, Ne-0 bodů)

V .....dne.....

Podpis:.....





**Použitá literatura:**

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2009, s. 19 - 132. ISBN 978-80-247-3063-9.
2. MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2009, s. 160. ISBN 978-80-8063-326-4.

Příloha č. 11 Protokol k provádění výzkumu Krajská nemocnice Liberec, a.s.

## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Knapová Jaroslava	
Studijní obor Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta Z11000036	Ročník 3.
Téma práce	Role sestry při edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Krajská nemocnice Liberec, a.s., Chirurgické centrum	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Pelcová	
Vyřádkování vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis  Mgr. L. KOROŠKOVÁ	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis  Mgr. L. KOROŠKOVÁ	
Datum zahájení výzkumu	1.2.2014	
Datum ukončení výzkumu	31.3.2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	70	
Počet oslovených respondentů (klientů)	70	
Poznámka:		

V Liberci dne 20.1.2014

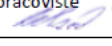

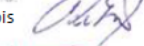

  
podpis studenta



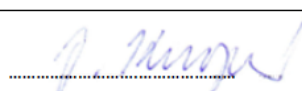
Příloha č. 12 Protokol k provádění výzkumu Nemocnice Jablonec n/N, p.o.

## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Knapová Jaroslava	
Studijní obor Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta Z11000036	Ročník 3.
Téma práce	Role sestry při edukaci pacientek po operaci karcinomu prsu	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., Chirurgické oddělení	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Pelcová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis  Mgr. Jitka Řehořová náměstek pro ošetrovatelskou péči	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis  Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Chirurgické oddělení Bc. Simona Václavová Vrchtná sestra	
Datum zahájení výzkumu	1.2.2014	
Datum ukončení výzkumu	31.3.2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	70	
Počet oslovených respondentů (klientů)	70	
Poznámka:		

V Liberci dne 20.1.2014

  
podpis studenta

